

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N°
415

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

BLONDEL François

Né le 22 Février 1925, à Arras (P. de C.)

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Présentée et soutenue publiquement le

**DE L'INTERET DE COMPARER LA SCHIZOPHRENIE INFANTILE
A LA SCHIZOPHRENIE DE L'ADULTE.**

Président : Mr. Léon MICHAUX, Professeur.

Ets. GERMAIN
9, Rue Dupuytren
PARIS-VI^e

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ÉE 1959

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

BLONDEL François

Né le 22 Février 1925, à Arras (P. de C.)

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Présentée et soutenue publiquement le



**E L'INTERET DE COMPARER LA SCHIZOPHRENIE INFANTILE
A LA SCHIZOPHRENIE DE L'ADULTE.**

Président : Mr. Léon MICHAUX, Professeur.

Ets. GERMAIN

9, Rue Dupuytren

PARIS-VI^e

1959

Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCCQ (P.),
 BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.),
 CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.),
 DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.),
 HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.), HEUYER (G.),
 LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.),
 LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.),
 LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.),
 MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MULON (P.),
 OLIVIER (E.), RICHT (C.), STROHL (A.), TANON (L.),
 VELTER (E.).

DOYEN : Léon BINET,
 Membre de l'Institut.

ASSESEUR : Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique	REDON (H.)
(Inst. G. Roussy)	
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
(Beaujon)	SICARD (A.)
(Cochin)	QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu)	MENEGAUX (G.)
(Saint-Antoine)	GOSSET (J.)
(Salpêtrière)	MOULONGUET (P.)

MM.

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
	(Broussais) GENNES (L. de)
	(Cochin) JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu) BARIETY (M.)
	(Lariboisière) SOULIÉ (P.)
	(Pitié) DREYFUS (G.)
	(St-Antoine) KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale préopédatrice	PASTEUR VALLERY-RADOT (P.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
	(Baudelocque) LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	(Port-Royal) N...
	(Tarnier) VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)

MM.

Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (ch. à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie & thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie & matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (ch. à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE,
PROFESSEURS AGREGES,
ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.
Anatomie	(CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (Melle P.)
Anatomie pathologique.....	pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.) NEVOT (A.), pr. s. ch.
Bactériologie.....	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.) DESGREZ (P.), pr. s. ch.
Biochimie médicale.....	POLONOVSKI (J.), m. conf. SCHAPIRA (G.), m. conf.
Biologie médicale.....	BOURLIERE (F.), m. conf.
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie.....	LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) COUJARD (R.), pr. s. ch.
Histologie.....	MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène.....	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale.....	(DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)

Neurologie	MM. (LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.) BREGÉAT (P.) SARAUX (H.) JUDET (R.) RAMADIER (J.) DEBAIN (J.)
Obstétrique	
Ophtalmologie	
Orthopédie	
Oto-rhino-laryngologie	
Parasitologie	{ BRUMPT (L.C.), pr.s.ch. CHABAUD (A.) BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.), agr.per LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) SCHNEIDER (J.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.)
Pathologie chirurgicale	
Pathologie exotique	
Pathologie expérimentale	
Pathologie médicale	

	MM.
Pathologie médicale.....	(BRICAIRE (H.) (BRISSAUD (H.) (BROCARD (H.) (BUGE (A.) (CASTAIGNE (P.), m. conf (CATINAT (J.) (CONTAMIN (F.) (COURY (C.) (FREZAL (J.) (HOUSSET (E.) (LAROCHE (Cl.) (LESOBRE (R.) (MACREZ (C.) (NICK (J.) (PEQUIGNOT (H.), m. conf (ROYER (P.) (WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture.....	(JOSEPH (R.) (MANDE (R.) (MOZZICONACCI (P.) (POLONOVSKI (C.) (ROSSIER (A.) (LEVY (Mlle J.), pr. s. ch.
Pharmacologie.....	(BOISSIER (J.) (LECHAT (P.)
Physiologie.....	(PARROT (J.), pr. s. ch. (DEJOURS (P.)
Physique médicale.....	GOUGEROT (L.), m. conf.
Pneumo-phtisiologie.....	KREIS (B.)
Psychiatrie.....	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile.....	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie.....	DELBARRE (F.)
Stomatologie.....	(CERNEA (P.) (CHAPUT (Mme A.), m. c. agr. (GRELLET (M.)
Thérapeutique.....	(CHASSAGNE (P.) (LAMOTTE (M.)
Urologie.....	QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.
	(ABOULKER (P.)
	(AMELINE (A.)
Clinique chirurgicale.....	(HUGUIER (J.)
	(LEGER (L.)
	(OLIVIER (C.)
	(PADOVANI (P.)
	(POILLEUX (F.)
	(ROUX (M.)
	(VERNE (J.-M.)
	(HAGUENEAU (J.), pr.s.ch.
	(BOUDIN (G.)
	(CONTE (M.)
Clinique médicale.....	(DOMART (A.)
	(MILLIEZ (P.)
	(PERRAULT (M.)
	(RAMBERT (P.)
	(THIEFFRY (S.)
	(TURIAT (J.)
Clinique neuro-rhumatologique.....	SEZE (S. de)
	(GRASSET (J.)
	(LEPAGE (F.)
Clinique obstétricale.....	(MAYER (M.)
	(MERGER (R.)
	(RAVINA (J.)
	(DESVIGNES (P.)
Clinique ophtalmologique.....	(OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture.....	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique.....	BARUK (H.)
Clinique urologique.....	KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DETACHÉS
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

MM.

Bactériologie	HAUDUROY (P.), Pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.), Pr. à t.pers.
Pathologie chirurgicale.....	RUDDLER (J.), Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté..... Mr. LENA (J.)

Secrétaires

Mme BEURLAND (H.),
Mlle CHAINTREUIL (G.),
Mlle HURE (A.)

Conservateur, chargé de la direction
de la Bibliothèque..... M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs..... Mlles DUMAITRE (P.),
GOICHON (A.M.)

Bibliothécaires

Mme CONTET (J.)
Mlles LAURENT (H.),
LE NOIR (G.),
QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni
improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur MICHAUX

Professeur de Clinique de Neuro-Psychiatrie infantile,
Médecin des Hôpitaux de Paris,
Ancien Médecin de l'Infirmierie Psychiatrique
près la Préfecture de Police,
Officier de la Légion d'Honneur,

Vous avez bien voulu prêter
attention à ce sujet de thèse
et vous m'avez fait le grand
honneur d'en accepter la prési-
dence,

Veillez trouver ici
l'expression de ma gratitude
et de mes sentiments respec-
tueux.

Au Docteur A.P. BELEY

Ancien Interne
des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine,

Ancien Chef de clinique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine,

C'est avec vous que j'ai
fait mes premiers pas en
Neuro-Psychiatrie infantile.
Vous avez bien voulu me
conseiller dans l'élaboration
de cette thèse ; sous votre
direction j'ai pu travailler
avec la plus grande liberté.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mes sentiments respectueux.

A MES MAÎTRES DE L'INTERNAT
DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

Mademoiselle le Docteur CULLÈRE[!]

Monsieur le Docteur A. BELEY

Monsieur le Docteur P. BERNARD

AUX MÉDECINS CHEFS DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE
DU BON SAUVEUR DE CAEN

Monsieur le Docteur J. GOLSE

Ancien Interne
des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine,
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

Monsieur le Docteur H. COULEON

Ancien Interne
des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine,
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MES COLLEGUES DE L'INTERNAT

DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

I n t r o d u c t i o n

L'intérêt porté à la schizophrénie infantile n'a pas cessé de croître en France depuis trente ans, sous l'impulsion du Professeur HEUYER et de l'Ecole psychanalytique ; leurs travaux s'ajoutent à ceux produits à l'étranger et plus particulièrement aux U.S.A..

C'est le Docteur BELEY, dans son Service très intéressant de la Colonie de VAUCLUSE (S.-&-O.), qui m'a initié à la neuropsychiatrie infantile, après quelques années de psychiatrie d'adultes. La possibilité de travail et d'échanges que l'on trouve auprès du Docteur BELEY m'a permis d'aborder le problème de la schizophrénie infantile, qui s'avère d'une grande importance en neuropsychiatrie infantile, mais qui intéresse aussi la schizophrénie de l'adulte. Je l'en remercie respectueusement.

Il faut reconnaître, dès maintenant, que la transposition de la nosologie de l'adulte à l'enfant reste discutable et que ce problème n'est pas résolu, en particulier au sujet de la schizophrénie infantile. Si cette attitude doit rester prudente et tenir compte des différences du terrain et de dynamisme évolutif qui existent entre ces deux étapes de développement, il est certain qu'elle a été fructueuse sur le plan pratique, bien qu'elle reste toujours discutable sur un plan théorique : pour les névroses, comme pour les psychoses, l'adulte a représenté le premier stade de l'étude de l'enfant ; la recherche de psychoses infantiles, comparables aux états rencontrés chez l'adulte, a permis de distinguer, à

travers le vaste groupe des arriérations mentales et des troubles du caractère de l'enfant, un ensemble hétérogène qui représente une première fragmentation de la nosologie psychiatrique infantile. En particulier, l'application à l'enfant des études que BLEULER a faites à partir de l'adulte pose des problèmes que nous retrouvons dans les deux stades: valeur des théories constitutionnelles, rapport entre personnalité prémorbide et schizophrénie, rôle des troubles cérébraux dans la schizophrénie et dans l'organisation de la personnalité prémorbide, intrication des causalités, importance du critère évolutif dans le diagnostic de schizophrénie, rapport entre démence vraie et "pseudo-démence" schizophrénique, chaque problème mettant en jeu la notion de schizophrénie selon les écoles. C'est pourquoi, après avoir accepté d'utiliser la nosologie de l'adulte pour aborder l'enfant, il paraît intéressant de retourner les conclusions obtenues chez l'enfant en vue d'un apport à la nosologie de l'adulte.

Le but de ce travail est de signaler quelques problèmes communs, en particulier ceux qui, se posant d'une façon beaucoup plus aiguë chez l'enfant que chez l'adulte, provoquent des prises de position semblant confirmer la conception de la schizophrénie défendue par l'Ecole française, en particulier par H. EY.

I

RAPPEL DE L'HISTORIQUE

& DE LA SEMIOLOGIE FONDAMENTALE DE LA SCHIZOPHRENIE
CHEZ L'ADULTE

Nous ne nous étendrons pas sur l'historique de la schizophrénie de l'adulte, qui est bien connu. Nous résumerons seulement les grandes tendances apparues au cours de l'élaboration de ce concept, retrouvées dans l'histoire de la schizophrénie infantile et qui participent encore actuellement à diviser les écoles.

- BLEULER créa le terme en 1911. Ses études faisaient suite à celles de KRAEPELIN sur la Démence précoce.

- MOREL, en France, avait fait usage du terme de démence précoce ; mais il parlait d'un "dégénéré" et n'avait pas dégagé une entité clinique, bien que ses descriptions soient semblables aux cas décrits par KRAEPELIN.

- Avant KRAEPELIN, KALBAUM et HECKER, recherchant une entité anatomo-clinique à placer à côté de la Paralyse générale, décrivirent la Catatonie et l'Hébéphrénie. C'est de leurs travaux que partit KRAEPELIN.

Après une série d'études, il aboutit à considérer l'Hébéphrénie, la Catatonie et la Démence

paranoïde comme trois grandes formes d'une même affection autonome : la démence précoce. Dans la sixième édition de son traité (en 1899), la Démence précoce est basée sur un critère évolutif : l'affaiblissement dementiel. Quand on parle de la conception kraepelinienne, c'est à cette édition que l'on fait allusion. Par la suite, dans la septième édition, la notion de maladie s'estompe et KRAEPELIN considère la démence précoce comme un assemblage de formes morbides caractérisées par l'affaiblissement de l'activité psychique et plus particulièrement par l'inaffectivité. Il rejetait donc la notion d'entité anatomo-clinique et précisait la qualité de l'atteinte morbide. Par la suite, il a rejoint les conceptions de BLEULER, parues entre temps, et a abandonné le critère évolutif.

BLEULER a fait paraître son oeuvre en 1911. Influencé par les théories psychanalytiques, il a étudié la démence précoce de KRAEPELIN sous une optique structurale. Un de ses buts était de dégager les signes spécifiques de ce groupe, afin de permettre le diagnostic précoce. Il a conclu de cette étude que le cadre de la démence précoce englobait une série d'états qui ne se définissaient ni par la démence, ni par une évolution déficitaire fatale, mais par un dénominateur commun, constitué par la "Spaltung" : dislocation de la vie psychique qui la divise en compartiments et réduit l'intelligence, l'affectivité et le comportement de ces malades en systèmes fragmentaires anarchiques, d'où le terme de schizophrénie.

"Je nomme la démence précoce "Schizophrénie" parce que, comme j'espère le démontrer, la dissociation des diverses fonctions psychiques est un des caractères les plus importants. Pour la commodité, j'emploie ce mot au singulier, bien que le groupe comprenne vraisemblablement plusieurs maladies...".

Cette dislocation de la personnalité se manifeste par les symptômes fondamentaux qui sont spéci-

fiques de la maladie. Ces symptômes fondamentaux sont :

- le trouble des associations des idées,
- le trouble de l'affectivité,
- l'autisme.

Ils peuvent varier en intensité, "toutes les nuances se rencontrent", et peuvent évoluer différemment, délimitant les tableaux cliniques variés. Ils peuvent s'accompagner de symptômes accessoires, que l'on rencontre surtout chez les malades internés et qui sont : les idées délirantes, les troubles sensoriels (illusions, hallucinations), les troubles mnésiques, les troubles de la personnalité, les troubles de l'écriture et du langage, des symptômes catatoniques, des actes automatiques ; ces troubles sont accessoires et variables d'un malade à l'autre et délimitent à leur tour de multiples formes cliniques à l'intérieur du groupe.

Parmi les symptômes fondamentaux, l'autisme est devenu synonyme de schizophrénie ; il est caractérisé par "l'évasion de la réalité, en même temps la prédominance relative de la vie intérieure" ; et dans le Traité d'ASCHAFF HEBUNG, BLEULER précise que, dans l'autisme schizophrénique, les malades "se mettent en opposition et en lutte avec la réalité". Il est la manifestation du trouble affectif, et le trouble des associations des idées est étroitement lié à son contenu. Il est la conséquence directe de la Spaltung et représente un mode de défense contre l'angoisse. Ces symptômes fondamentaux sont spécifiques de la schizophrénie, dont le diagnostic est donc essentiellement clinique. "Le diagnostic est assuré une fois qu'est montré le trouble affectif schizophrénique ou le trouble associatif...".

Dans sa théorie sur la maladie, BLEULER attribue la survenue de la "spaltung" au processus schizophrénique. Ce processus a une action spécifique et il peut varier dans son évolution ; cependant, ses conséquences sont indélébiles.

"Par démence précoce ou schizophrénie, nous "désignons un groupe de psychoses qui évoluent soit "chroniquement, soit par poussées qui peuvent s'"arrêter à chaque stade de leur évolution, soit régresser, mais sans restitution "ad integrum". Ce processus se manifeste directement par des signes primaires. Ces signes sont le trouble des associations d'idées essentiellement responsable du morcellement de la pensée ; les autres signes primaires sont accessoires ; ce sont : la tendance aux hallucinations et aux stéréotypies, des états d'égarements, d'excitation maniaque ou mélancolique, des troubles neurologiques, vaso-moteurs, pupillaires, des accès catatoniques.

Tous les autres signes sont secondaires au trouble des associations des idées et, parmi eux, le trouble affectif et l'autisme.

Pendant la plus grande partie de sa vie, BLEULER a considéré le processus schizophrénique comme un trouble organique (cérébral) dont il n'a pas pu définir la nature anatomo-pathologique. Au cours de ces recherches, il a constaté des atrophies cérébrales, des anomalies histologiques ; il a remarqué parfois des globules blancs le long des vaisseaux ; il relate les constatations publiées par d'autres chercheurs : anomalies cérébrales et méningées.

En conclusion, il reconnaît que la nature hétérogène de ces lésions ne permet pas de conclure sur la nature du processus schizophrénique ; mais, fait important pour la nosologie infantile, il n'exclut pas du cadre des schizophrénies les cas où existent des lésions décelables.

Traitant des causes, il ne retient aucun fait qui puisse y être rapporté avec certitude parmi ceux qui sont souvent invoqués à l'origine de la maladie : l'hérédité paraît jouer un rôle, la prédisposition dont il est difficile de dire s'il ne s'agit pas de la maladie elle-même, les circonstan-

ces du milieu, les traumatismes psychiques, l'onanisme ; les grossesses et les couches jouent un rôle difficile à définir ; les maladies infectieuses paraissent pouvoir la déclencher, mais leur rôle est parfois paradoxal ; à propos des troubles organiques cérébraux, il constate que la méningite chronique, la gliose cérébrale, les traumatismes peuvent réaliser le tableau de schizophrénie ; encore faut-il, pour conclure à une étiologie, exclure le hasard. BLEULER pose enfin cette question : "Y a-t-il des psychoses qui, reposant sur une maladie cérébrale, se présentent avec la même symptomatologie que la schizophrénie ? Si oui, quelle différence y a-t-il avec les autres cas de schizophrénie ?" Cette question paraît capitale. Pour BLEULER, la schizophrénie ne repose pas, à sa connaissance, sur une maladie cérébrale ; mais il n'en exclut pas la possibilité, dans certains cas.

Dans le chapitre du diagnostic, se pose encore le problème des causes. Il envisage certaines affections et admet qu'il s'agit d'associations révélant la maladie, mais dont les symptômes ne peuvent pas être confondus avec ceux de la schizophrénie qui sont spécifiques. A aucun moment, il ne décrit de troubles "pseudo-schizophréniques". Pour lui, le diagnostic se fait sur la clinique de signes mentaux et non pas d'après l'état cérébral. Nous verrons que ses successeurs, particulièrement en psychiatrie infantile, n'attachent pas la même valeur aux symptômes fondamentaux. Ses recherches n'ayant pas abouti, il est resté très vague, ne se prononçant pas pour une étiologie unique : "Plusieurs causes peuvent concourir à sa réalisation...", et ailleurs : "Elle se présente aussi associée à des affections cérébrales organiques et fréquemment à des atrophies séniles cérébrales".

Au sujet de l'épilepsie, ses remarques sont particulièrement importantes : "Encore plus difficile est la question de savoir s'il y a combinaison de schizophrénie et d'épilepsie. Les crises épileptiques sont quelque chose de fréquent chez les schi-

zophrènes". Sans préjuger d'une étiologie, sans non plus affirmer qu'il s'agit là seulement d'une association, il n'exclut en aucune façon le diagnostic de schizophrénie sur l'existence des crises d'épilepsie ; or, à cette époque, privée des possibilités d'examen électro-encéphalographiques et radiologiques, l'épilepsie apparaissait le plus souvent comme une maladie essentielle ; nous savons maintenant qu'elle est la manifestation de multiples troubles cérébraux que BLEULER ne pouvait pas prévoir. Nous verrons la fréquence de ces troubles dans les schizophrénies infantiles et la valeur attribuée à cette découverte par certains neuro-psychiatres infantiles.

Quant au début de la maladie, BLEULER ne la limite pas à un stade de la vie, il n'en fait pas une maladie de l'adulte : "50 % des cas remontent à la première enfance". Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Pour résumer ces divers éléments de l'oeuvre de BLEULER, nous voyons que celui-ci considère comme spécifique et fondamental un mode d'atteinte de la personnalité, caractérisé par la scission des fonctions psychiques. Les éléments essentiels du diagnostic sont les signes fondamentaux. L'évolution est variable, donc accessoire pour le diagnostic. Les signes somatiques peuvent être la conséquence directe du processus, ou être dus à une association, ou bien, enfin, ils peuvent être la cause de la maladie, bien que ce ne soit pas démontré. De toute façon, les signes somatiques sont accessoires pour le diagnostic ; ils ne permettent pas de l'éliminer, ils délimitent des formes cliniques selon leur importance, et BLEULER les étudie surtout dans l'intention d'une découverte étiologique.

Il apparaît donc indiscutable que BLEULER a décrit la schizophrénie comme un mode d'organisation psychologique secondaire à une atteinte morbide. Il s'agissait, pour lui, beaucoup plus d'une

réorganisation que d'un mode d'organisation constitutionnel. Cependant, sa notion de schizophrénie latente, état stable aux signes discrets, compatible avec une bonne adaptation sociale, véritable "caractère" remontant aux origines du sujet et qu'il a lui-même assimilé par la suite à la disposition schizothyme, a permis une vaste extension de son concept.

L'œuvre de BLEULER eut un grand retentissement en psychiatrie. Un certain nombre d'écoles sont nées de ces travaux, dont les statistiques et les conclusions ont abouti à des conceptions très différentes de la schizophrénie.

Si nous voulons schématiser les positions, nous diviserons les écoles en deux grands groupes : un groupe statique, sémiologique, et un groupe dynamique, exigeant le critère évolutif pour le diagnostic.

= Dans le premier groupe, le diagnostic de schizophrénie se fait sur la découverte des symptômes fondamentaux. Certains travaux ont abouti à ramener l'autisme à un mode de réaction, de fuite de la réalité, caractéristique de certaines personnalités psychopathiques, la désagrégation schizophrénique apparaissant comme un devenir possible mais non pas comme un caractère essentiel de la maladie. La prédisposition est confondue avec la maladie elle-même, ceci est surtout le fait de l'école allemande; une série de travaux ont développé la notion de "caractère", de "psychotype", de "biotype" schizoïde ou schizothyme, contenant l'essence de la schizophrénie. BLEULER lui-même ayant assimilé ce qu'il avait appelé schizophrénie latente à disposition schizothyme, l'orientation de cette tendance s'en trouva encouragée. Les termes de schizothymie, de schizoïdie, de schizophrénie furent de plus en plus considérés comme des degrés d'une même disposition caractérielle (KRETSCHMER, HOFFMANN, MANZ et même BLEULER et MINKOWSKI avec quelques réserves).

Les noms les plus célèbres attachés à ces tra-

VALE sont ceux de KRETSCHEMER, GELKE, RUPPIN, HOFFMANN, Von ENCKEN, PLATTNER, E. KAHN, LUXEMBERGER.

Des études sur l'hérédité des schizophrènes conduisent à l'existence d'un gène schizophrénique. C'est à ce niveau que se trouverait, pour ces auteurs, l'élément fondamental de la maladie.

De nombreuses oppositions à cette conception sont apparues. KAHN a cru démontrer l'existence d'un gène schizophrénique récessif et d'un gène schizoïde dominant. Ce même auteur, avec d'autres, a insisté sur la nécessité de partager ce qui revenait à la formation du caractère et à la déformation d'un processus de destruction.

Adolf MEYER, aux U.S.A., dès 1900, considérait que la démente précède réalisait une constitution (en sens de *disposition* de *disposition*, 1901), à la formation de laquelle participaient la totalité des traits du caractère, du tempérament, mais aussi l'histoire même de l'individu et la superposition des conditions de son existence et de son milieu. L'école américaine devait aboutir, en exagérant cette position, à considérer la schizophrénie comme un "malin" et à exposer les caractéristiques de la schizophrénie en termes de réactions antistatiques, d'introverses, de comportements négativistes, etc..., perdant complètement de vue la notion de désorganisation et ne tenant à son compte la même caractéristique.

- Dans un deuxième groupe, se placent ceux qui considèrent, avec KAHN, que "la racine même de la schizophrénie, c'est l'entrecroisement du critère évolutif et du critère structural". Pour lui, la "schizophrénie, l'essence de la démente précède, ne peut se définir que comme une forme psychotique à tendance progressivement délirante... La schizophrénie n'est pas, au contraire de la psychose, comme une sorte de propriété simple, fatale et statique ; elle est une forme de désorganisation délirante de la personne et de son monde...".

1. Il résulte, dans la conception de la schizophrénie, les conceptions de FRANKL et celles de ELLMAN. Dans cette conception, ne sont pas exclus les apports des études sur l'hérédité, sur la personnalité pré morbide (psychotique), sur les schémas souvent récurrents. Tous les éléments sont utilisables à l'issue de l'interprétation et partant évidemment, dans le processus men, à l'évolution de la maladie ; mais ils ne sont pas considérés comme la maladie elle-même.

Nous verrons, à propos de la schizophrénie de l'enfant, que l'école de Berlin adopte ce point de vue, et exige pour le diagnostic que soit introduit le critère évolutif.

Une mention particulière doit être faite pour signaler les travaux psychanalytiques nombreux sur cette question. Si FRANKL a considéré la démence précoce, à un moment de ses travaux, comme une névrose paranoïaque, de nombreux psychanalystes, et en particulier ELLMAN, collaborateur de FRANKL, ont signalé le caractère de dépression extrême des états de démence précoce, dépression qu'ils ne ramenaient pas à une simple disposition structurale.

Il y aurait beaucoup à ajouter sur les travaux de l'école autrichienne avec HINSWANGER et KRAEPELIN, qui ont étudié la personnalité pré morbide et la maladie, mais nous n'avons pas entrepris ici un bilan de la conception de la schizophrénie dans les diverses écoles psychiatriques. Nous souhaitons seulement rappeler les deux grandes tentatives actuelles au sujet de la schizophrénie : celle qui la considère surtout comme un caractère, un type d'organisation, et celle qui considère la maladie comme un mode de détérioration psychologique ouelles que soient les caractéristiques de la personnalité pré morbide.

II

RAPPEL HISTORIQUE DE LA SCHIZOPHRENIE INFANTILE

L'enfant fut tardivement introduit dans la littérature psychiatrique, l'intérêt des médecins s'étant d'abord porté sur l'adulte. Les premiers auteurs qui l'observèrent nièrent l'existence de la folie chez l'enfant. ESQUIROL refusa d'appliquer la notion d'aliénation avant la puberté et préféra parler d'idiotie acquise.

MOREAU de TOURS, dès 1888, fait accéder l'enfant à la littérature psychiatrique pour décrire plusieurs cas de syndromes psychiatriques ; déjà, il pose les rapports entre l'état actuel de l'enfant, son histoire et son hérédité.

SANTE de SANCTIS, transposant chez l'enfant les descriptions de la démence précoce de KRAEPELIN, décrivit, en 1904 et 1905, trois cas de démence précoce qu'il nomme "démence précocissime", en 1906.

En 1905, DAICHE décrit, dans sa thèse, une "psychose aiguë post-infectieuse avec troubles du langage chez l'enfant", d'évolution parfois spontanément régressive mais pouvant passer à la chronicité.

En 1907, WEYGANDT, élève de HELLER, publie un cas d'idiotie infantile acquise et rejette les rapports possibles avec la démence précoce.

En 1908, HELLER, se basant sur six observations, crée une entité clinique : "La Démence de Heller", qui touche l'enfant de trois ans et le mène rapidement à l'idiotie.

En 1909, VOGT insiste sur l'impossibilité d'étudier l'enfant à partir de l'adulte en raison de son immaturité affective et nie la possibilité de démence précoce de KRAEPELIN chez l'enfant.

En 1910, STROHMAYER tente de retrouver les signes des psychoses de l'adulte chez l'enfant.

Enfin, en 1911, BLEULER, dans son oeuvre sur la schizophrénie, admet que "50 % des cas remontent à l'enfance dans le premier âge ; le pronostic de ces cas est alors tout à fait mauvais".

Après la parution de cette oeuvre, la tendance fut évidemment l'application de ce concept à l'enfant et plus particulièrement aux états déjà étudiés. De nombreuses oppositions sont apparues, parmi lesquelles SANTE DE SANCTIS et surtout ses élèves, qui refusèrent de faire entrer les démences précocissimes dans le cadre de la schizophrénie. Carlos de SANCTIS, en 1957, détruira le mythe de la "démence de Sanctis" en affirmant que son père avait voulu décrire des cas de démence précoce.

HELLER, suivi par ZAPPERT, a continué à affirmer l'autonomie de son syndrome.

Dans un troisième temps, entre 1920 et 1937, se précise le concept de schizophrénie infantile.

MAYER GROSS, dans le Traité de BUMKE, en 1922, élimine du cadre de la schizophrénie les formes évoluant vers la démence (Verblöding) pour les rejeter dans le cadre des démences organiques. Il fut suivi par WEYGANDT et HOMBERGER.

Le Professeur HEUYER, en France, s'attacha particulièrement à ce problème et, dès 1929, il

publia, avec BADOUEL et RUISSON, un article sur les voies d'entrée dans la démence précoce.

Ce fut surtout en 1937 que LUTZ de Zurich, reprenant tout un ensemble de publications, cristallise la position classique, qui sera reprise par CORROZ en 1954-55. Il insiste sur la nécessité d'introduire dans le diagnostic la constatation de "l'inflexion de la courbe ascendante théorique" que l'on pourrait tracer au développement psychique de l'enfant, notion déjà présentée par TRAMER. LUTZ élimine la schizophrénie de la période prépubertaire, c'est-à-dire entre 10 et 13 ans. Cependant, à l'époque, pour établir une limite avec les états de démence organique, il a éliminé du diagnostic tous les cas présentant, de près ou de loin, des signes d'encéphalopathie, et il aboutit à ne retenir que quatorze cas dans toute la littérature de l'époque.

HEUYER, en France, dès 1934, dans un travail sur les démences infantiles, avec DUBLINEAU et CHABERT, posait déjà le problème de la délimitation de la démence précoce infantile avec les démences organiques.

Actuellement, avec MICHAUX, HEUYER, LEOVICI, DIATKINE, etc..., la plupart des auteurs français n'admettent pas que le diagnostic de schizophrénie puisse être éliminé en présence d'une encéphalopathie. LUTZ serait lui-même revenu sur ce critère depuis quelques années. Par ailleurs, la majorité des auteurs français maintiennent dans la schizophrénie infantile la période prépubertaire.

Aux Etats-Unis, la schizophrénie jouit d'une vogue considérable. Les critères utilisés pour le diagnostic, inspirés de l'oeuvre de A. MEYER, paraissent assez lâches et les statistiques révèlent qu'à la Child Guidance Clinic, en 1952, le diagnostic de schizophrénie a été posé chez 80 % des enfants consultés. La littérature, sur ce sujet, est très abondante, mais nous retiendrons surtout Louise DESPERT, KANNER, MOHLER, BENDER.

Louise DESPERT, en 1937, décrivait la schizophrénie infantile en termes identiques à ceux utilisés par les médecins européens, et elle étudiait parallèlement la personnalité prémorbide et ses rapports avec l'évolution. Avec un soin particulier, elle a décrit une série d'évolutions différentes et leurs causes déclenchantes. Actuellement, elle paraît s'éloigner du point de vue européen, introduisant dans la schizophrénie les cas "d'absence de développement du contact affectif", qu'elle confond avec les états de déstructuration.

Léo KANNER décrit, depuis 1942, un syndrome caractérisé par l'absence complète du contact affectif qu'il introduit dans la schizophrénie.

MAHLER présente, sous le titre de "Psychose symbiotique", un état qu'elle oppose aux états autistiques de KANNER : chez ces enfants, un contact précoce avec la réalité repose sur la fusion hallucinatoire symbiotique avec l'image de la mère. Elle considère que le syndrome de KANNER et la psychose symbiotique représentent deux degrés différents du développement du "moi" : mais cet auteur les distingue de la schizophrénie proprement dite, comme le font les médecins français.

Lauretta BENDER, depuis 1942, publie une série de travaux sur la schizophrénie. Elle est parvenue à la conclusion que la schizophrénie infantile est une encéphalopathie génétiquement déterminée, spécifique, dont elle décrit la répercussion sur les fonctions neuro-végétatives et les conséquences sur la somatognosie et la structuration du "moi". Elle considère les états de déstructuration comme étant dus à une reprise du processus. Malgré l'aspect très neurologique de ses travaux, ceux-ci présentent un grand intérêt pour l'étude des troubles de l'organisation de la personnalité ; mais sa conception de la schizophrénie s'oppose à la conception européenne, les enfants qu'elle décrit ressemblant à la catégorie d'enfants étiquetés psychotiques par les médecins français et écartés du cadre

de la schizophrénie.

Précisons enfin qu'un certain nombre de praticiens continuent de considérer que l'encéphalopathie exclut le diagnostic de schizophrénie.

BELEY, en France, devant la fréquence des troubles cérébraux décelés par les examens paracliniques chez ces enfants, et la profondeur de l'état déméntiel terminal qui s'accompagne constamment d'une atteinte des fonctions intellectuelles, préfère ne pas utiliser ce diagnostic et, d'une façon générale, la nosologie de l'adulte chez l'enfant. Il place ces états dans les encéphalopathies ou les démences organiques.

CHEAK Mildred adopte en partie ce point de vue lorsqu'elle considère qu'il est impossible actuellement de différencier les détériorations organiques, qui peuvent toutes donner, à un certain moment, un aperçu des stades de détérioration rencontrés dans la schizophrénie. Par ailleurs, elle considère que, dans toute maladie mentale grave chez l'enfant, il peut être constaté un tableau évoquant la schizophrénie.

En conclusion de cet historique, nous voyons que les avis sont partagés en trois grandes directions : - conception statique structurale de la schizophrénie, dans laquelle la détérioration n'est qu'un devenir possible ; - conception suivant laquelle la schizophrénie est une maladie, une détérioration, un mode de déstructuration de la personnalité, quelles que soient ses particularités pré-morbides ; - et enfin, conception suivant laquelle l'enfant doit être introduit dans une nosologie qui lui est propre ; l'accent est alors mis essentiellement sur l'état cérébral, la déstructuration schizophrénique étant considérée à travers l'expérience clinique comme un mode de désorganisation très fréquent et sans spécificité chez l'enfant.

III

LES ETATS PREPSYCHOTIQUES DE L'ENFANCE

Avant d'engager l'étude clinique de la schizophrénie infantile dans la nosologie européenne, il est nécessaire de présenter rapidement la personnalité prémorbide de ces enfants.

Cette personnalité prémorbide, "l'état prépsychotique", est constamment retrouvée dans les antécédents schizophréniques infantiles. C'est l'avis d'un grand nombre de psychiatres, parmi lesquels LEBOVICI, DIATKINE en France, et L. DESPERT en particulier aux U.S.A..

L'état prépsychotique est caractérisé par une structure particulière, qui lui vaut aussi le nom de "dysharmonie évolutive" : vécu archaïque de la réalité, contrastant avec un développement parfois satisfaisant des fonctions intellectuelles.

Ces enfants présentent parfois un retard moteur, souvent un retard dans l'apparition du langage. Celui-ci garde longtemps des anomalies syntaxiques, comme l'emploi de la troisième ou de la deuxième personne par le sujet pour parler de lui-même, qui traduit le transitivisme et les difficultés de distinction sujet-objet ; le trouble de la distinction sujet-objet provient, pour certains auteurs, des troubles de la somatognosie ; il se manifeste non seulement dans le transitivisme, mais aussi dans les phantasmes qui traduisent l'angoisse de morcellement

et dans la difficulté pour le sujet le distinguer ses phantasmes du monde extérieur. Ce trouble du développement s'exprime encore par l'angoisse de dévoration et l'agressivité orale avec troubles du contact affectif. Contre son angoisse, l'enfant développe des mécanismes de défense surtout névrotiques et parfois psychotiques, qui se montrent peu efficaces (d'où l'angoisse diffuse décelable au centre du tableau clinique) et qui donnent à son comportement un caractère bizarre et inquiétant. Ces troubles du comportement sont variables et peuvent même, dans certains états, être insuffisants pour amener la famille à consulter.

Sur le plan structural, ces états prépsychotiques sont assez proches des états psychotiques, mais ceux-ci confondent leurs phantasmes avec la réalité et n'ont pas développé de contact affectif avec l'entourage.

Ces états prépsychotiques peuvent être comparés aux états schizoïdes et aux dispositions schizothymes, décrits chez l'adulte comme personnalités psychopathiques, mais ces termes paraissent insuffisants chez l'enfant, car ils recouvrent des états normaux.

Sur le plan sémiologique, les états prépsychotiques présentent :

- des troubles instinctifs de l'alimentation avec préoccupations alimentaires pathologiques ;
- du sommeil : terreurs nocturnes liées à des rêves de dévoration ;
- des conduites sphinctériennes fréquemment ;
- des troubles affectifs : humeur instable, colères inadéquates, anxiété constante, diffuse, indépendante de l'ambiance dont nous avons signalé les caractéristiques : ambivalence des sentiments qui sont, par ailleurs, hypermétriques et apparaissent

sont "incompréhensibles" à l'entourage ;

- des troubles du comportement : tendance à l'isolement, souvent intolérance aux autres enfants, réactions agressives, malignes (pseudo-perverses), impulsion, mais parfois, vis-à-vis des adultes, adhérence du contact et utilisation de l'adulte comme d'un instrument pour l'accomplissement de certains actes ;

- des troubles intellectuels : rarement débilité mentale, mais plutôt prédominance de l'intelligence verbale, goût marqué pour les abstractions, troubles syntaxiques (transitivisme), et, aux épreuves de performance, dispersion des résultats.

Ce tableau clinique schématique, dont tous les éléments ne se retrouvent pas constamment, peut être très discret et n'être retrouvé que par une anamnèse soigneuse. Sa découverte est d'une grande importance pour la prévention de la schizophrénie, mais aussi pour la prévention de nombreux troubles mentaux, car il faut savoir qu'ils n'aboutissent pas tous, loin de là, à la dissolution. Leur pronostic est extrêmement variable ; ce point est capital, car il semble bien que l'avenir de ces enfants recouvre une grande partie de la pathologie mentale de l'adulte, indépendamment de ceux qui se résolument pour aboutir à une organisation psychologique normale. L'étude de l'avenir des états prépsychotiques n'est pas encore suffisamment poussée, mais elle permet déjà d'affirmer que l'état prépsychotique n'est pas davantage la schizophrénie qu'il n'est la névrose obsessionnelle, par exemple, qui semble pouvoir être son aboutissement.

Un autre aspect clinique des états prépsychotiques est l'étude de l'état cérébral. Un grand nombre d'enfants schizophrènes présentent des troubles cérébraux qui amènent parfois certains psychiatres à les rejeter dans les états organiques : un de leurs arguments est la découverte de troubles organiques dans la première enfance.

Nous n'avons pas les éléments cliniques et paracliniques nécessaires pour affirmer la fréquence de ces troubles cérébraux chez les enfants prépsychotiques ; mais si l'on tient compte des épilepsies, de la découverte à l'occasion de la dissolution schizophrénique d'atrophies cérébrales constituées, de signes d'immaturation cérébrale à l'E.E.G., il est normal de croire à la fréquence de ces troubles cérébraux dans les états prépsychotiques.

A ce sujet, les études pathogéniques de Lauretta BENDER sont fort intéressantes ; elle confond dans un même ensemble nosologique, sous le nom de schizophrénie, nos états prépsychotiques, psychotiques et schizophréniques, ces derniers étant la conséquence d'une reprise du processus responsable des troubles antérieurs.

Pour elle, la schizophrénie est une encéphalopathie génétiquement déterminée et spécifique. Elle "comporte un retard de maturation au niveau embryonnaire, caractérisé par une plasticité généralisée, génératrice des comportements subséquents".

Cette "plasticité généralisée" est le trouble fondamental. Il désigne la qualité particulière de l'organisation du système nerveux de ces enfants ; ce terme est utilisé dans le sens de malléabilité, d'extrême difficulté pour la personnalité d'atteindre une forme, une structure. Les différentes fonctions dépendant du système nerveux central s'effectuent mal et ne s'organisent pas harmonieusement entre elles. Les troubles qui en résultent sont décrits dans le domaine neuro-végétatif par les troubles de l'homéostasie. Reviennent continuellement sous sa plume les termes de réaction inadaptée, excessive, d'un mode embryonnaire ou retardé, de labilité. Elle décrit des troubles vasomoteurs, du système respiratoire, du rythme du sommeil, de la veille, de l'appétit, du fonctionnement intestinal et urinaire ; les réactions à la maladie sont anormales : hyperthermie pour une affection bénigne, apyrexie pour une maladie infectieuse étiquetée ;

l'antinomie de la croissance : enfants trop gros, trop maigres, trop forts, trop menus. Puberté accélérée ou retardée.

Les troubles de la tonicité et de la motilité sont décelables par la persistance de "l'atonie embryonnaire" dans la prime enfance, par l'anxiété qui accompagne toute nouvelle acquisition motrice, par le goût particulier pour la "motilité giratoire" et la persistance au-delà de l'âge normal d'activités réflexes primitives.

Parmi les troubles des perceptions, Lauretta BENDER insiste sur l'incapacité à tolérer les stimuli, particulièrement ceux qu'affectent l'équilibre, les changements dans les relations spatiales. L'enfant réagit avec terreur aux mouvements contraires à la pesanteur et, par compensation, certains deviennent fascinés par ce genre d'expérience perceptive.

Ces symptômes sont, en quelque sorte, les signes primaires manifestant directement le processus schizophrénique. L'encéphalopathie qui les produit est déterminante, toute la symptomatologie mentale en découle.

L'anxiété est au centre du tableau clinique. Elle est "la réponse organique et psychologique déterminant les mécanismes de défense...". Ce sont les mécanismes de défense qui définissent les types cliniques "pseudo-déficient" (autistique), "pseudo-névrotique" et "pseudo-psychopathique".

Les difficultés à distinguer le "moi" du "non-moi" découlent des troubles toniques et vestibulaires.

"Ces défauts de tonicité et la dominance du réflexe du tonisme du cou dans la réaction de l'organisme aux sensations vestibulaires et gravitaires est un problème crucial du distinguer entre le "moi" et le "non-moi", entre l'"ego" et l'objet....
"Ce sens de gravité est la première expérience sen-

"sorielle, elle a eu sa réponse bien avant la naissance... Le premier problème du nourrisson est la reconnaissance et la réaction aux stimuli qui sont ceux intéressant le sens de gravité, et de là découlent la relation d'objet et la reconnaissance de la réalité. Ce prototype de base est troublé embryonnairement dans la schizophrénie... De ces débuts, découle et se développe une lutte à vie pour établir un type de conduite normal, visant à la reconnaissance de la réalité extérieure et de la relation d'objet grâce à la maturation biologique et psychologique.

"Ces domaines sont tous fondamentalement troublés dans la schizophrénie en vertu d'une conservation de caractéristiques embryonnaires, d'un retard de maturation d'un type caractérisé dont découlent une anxiété et une formation secondaire de symptômes..."

Ces troubles aboutissent à la perturbation des premières relations d'objet à l'impossibilité, pour l'enfant, d'appréhender les limites de son corps, comme le révèlent les dessins des enfants schizophrènes.

Ainsi que le fait remarquer BEAUJARD, Lauretta BENDER ".... intègre les données psychopathologiques issues des travaux de Mélanie KLEIN sur l'intégration du Moi, la conception de Paul SCHILDER sur le rôle du schéma corporel, les données de la théorie de la forme, l'explication du trouble essentiel par une persistance du comportement foetal d'après GESELL."

Bien que "génétiquement déterminée", la schizophrénie infantile est hautement influençable, les époques physiologiques peuvent l'activer ou l'améliorer (la puberté). La psychothérapie, les méthodes physiothérapiques et la chimiothérapie doivent être utilisées... "De ce concept de schizophrénie, nous pouvons définir nos buts de traitements infantiles en termes d'efforts pour stimuler, par des méthodes physiologiques variées, le retard de matu-

"ration à se modeler à la plasticité embryonnaire
"spécialement dans les fonctions motrices, végéta-
"tives, homéostasiques, neurologiques....".

L'avenir de ces enfants est variable. Sur
850 : 104 ont été revus à 20 ans ; parmi ceux-ci,
89 % ont confirmé le diagnostic. Il reste à savoir,
pour apprécier cette statistique, sur quels éléments
Lauretta BENDER se base pour affirmer le diagnostic
chez l'adulte.

"Il y a une structure longitudinale caracté-
"ristique de ces individus qui ont été schizophrènes
"dans la première enfance et qui deviennent schizo-
"phrènes à vie, même si bon nombre d'entre eux ne
"deviennent pas nécessairement psychotiques ou retar-
"dés... Quoi qu'il en soit, il demeure toujours,
"chez ces individus, les signes du processus schizo-
"phrénique, la vulnérabilité à l'effort et sans
"aucun doute le facteur génétique responsable du
"processus".

L'oeuvre de Lauretta BENDER apparaît très
intéressante pour aborder le problème des consé-
quences des troubles cérébraux sur les organisa-
tions psychotiques de l'enfance. Mais ses conclu-
sions appellent quelques réserves. Il semble bien
que, si une hérédité n'est pas discutable dans un
grand nombre de cas, il est difficile de préciser
son rôle et de ramener les troubles à une encépha-
lopathie spécifique. Mais Lauretta BENDER, pour ce
qui est de l'organisation psychotique, ne nie pas,
au contraire, l'influence du milieu.

Quant à l'existence de troubles cérébraux à
l'origine des "dysharmonies évolutives", LEBOVICI
écrit ... : "Les traitements psychanalytiques de
"ces enfants très jeunes nous mettent en contact de
"productions phantasmatiques qui paraissent recons-
"tituer les expériences vécues dans les premiers
"mois de la vie. A une phase très précoce, l'orga-
"nisation nerveuse est encore rudimentaire et la
"relation avec les objets, qui se conditionne sui-
"vant le rythme des besoins, en particulier alimen-

"taires, qui s'établissent, ne peut être intégrée
"que pour autant que ces objets apportent une satis-
"faction aux besoins physiologiques. On comprend,
"dans ces conditions, que des troubles précoces,
"aussi bien dans le domaine d'une atteinte cérébrale
"que des carences affectives, puissent avoir de
"grands retentissements dans l'organisation du "moi!"
"Ces considérations expliquent pourquoi ces états
"prépsychotiques semblent souvent remonter aux ori-
"gines mêmes de l'existence, pourquoi ils peuvent
"souvent apparaître comme des oligophrènes de carac-
"tère évolutif. Elles répudient en tout cas toute
"psychogenèse pure des états psychotiques de l'en-
"fance, les atteintes organiques comme les carences
"affectives plus subtiles pouvant donner lieu à des
"dysharmonies évolutives....".

L'impossibilité dans laquelle nous sommes de
distinguer, à travers l'état prépsychotique, ce qui
revient à l'hérédité, aux influences du milieu et
plus particulièrement de la mère, aux agressions
physiques dont l'enfant est l'objet, aux premiers
mois de son existence, est exprimée par GREY WALTER,
qui disait récemment :

"A la naissance, l'enfant échange un milieu
"physiologique contre un milieu social. La sépara-
"tion entre facteurs familiaux et sociaux des fac-
"teurs génétiques et ontogénétiques est actuellement
"impossible".

Il n'est pas question de faire, ici,
l'exposé des éléments qui troublent l'acquisition
du schéma corporel ou qui permettent la distinction
"moi" et "non-moi" et la structuration du moi. Nous
avons seulement voulu signaler les caractères clini-
ques essentiels de l'état prépsychotique, la fréquen-
te participation de troubles cérébraux à cet état,
troubles qui ne doivent pas être utilisés pour éli-
miner le diagnostic, mais plutôt pour tenter de
mieux comprendre "ce qui se passe", et enfin l'impos-
sibilité de distinguer actuellement ce qui revient,
dans cet état, aux carences affectives et aux diffi-

cultés d'intégration cérébrale des expériences sensorielles et motrices. Ces états prépsychotiques apparaissent étroitement liés à l'étude de la schizophrénie. Ils participent sûrement à sa causalité, car c'est sur cette structure qu'apparaissent la plupart des cas de dissolution schizophrénique qui réalisent des tableaux cliniques variés.

IV

DESCRIPTION CLINIQUE DE LA SCHIZOPHRENIE INFANTILE

LUTZ, nous l'avons vu, a fixé en 1937 les éléments du diagnostic repris par CORBOZ en 1954.

Dans son travail, CORBOZ distingue deux grands types cliniques correspondant à deux stades génétiques du développement : âge préscolaire et âge scolaire. Il rejette, avec LUTZ, le stade prépubertaire, à ce stade la "symptomatologie" étant trop proche de celle rencontrée chez l'adolescent et chez l'adulte. CORBOZ propose comme limite inférieure pour le diagnostic dix-huit mois - deux ans, car, avant cet âge, il considère qu'il est impossible d'affirmer l'évolution indispensable au diagnostic et qui permet seule de différencier la schizoïdie ou les états autistiques des schizophrénies dont le processus a cessé d'évoluer.

Ces troubles fondamentaux décrits chez l'adulte se retrouvent chez l'enfant. Celui qui a le plus de valeur clinique est le trouble du contact affectif et son corollaire, l'autisme. Le trouble des associations des idées existe, mais il peut difficilement être mis en valeur avant l'âge scolaire, car il est difficile à distinguer à l'âge préscolaire de la pensée idéatique de l'enfant normal.

Le trouble du contact affectif s'exprime par l'autisme : "l'autisme diminue ou supprime les échan-

"ges psychiques avec le monde ambiant et conduit le "malade à un état d'inanition mentale...". Il s'accompagne généralement d'une baisse d'activité et d'un état d'agitation anxieuse. Débordant l'autisme, les troubles affectifs se traduisent également par une rigidité affective pathologique, une instabilité excessive, un état d'anxiété extrême et une tendance aux réactions stuporeuses.

A l'âge préscolaire, CORBOZ remarque qu'il n'y a pratiquement jamais d'idées délirantes et de phénomènes hallucinatoires. Par ailleurs, les troubles du langage sont constants : mutisme, logorrhée, bégaiement, phonographisme de TRAMER, ces troubles étant une des manifestations de l'autisme.

A cette époque, le Professeur HEUYER décrit la FORME DE L'ENFANT JEUNE DE TYPE DÉMENTIEL. Elle correspond à l'ancienne DEMENCE de HELLER.

Le début de la maladie se situe avec un maximum de fréquence autour de 18 mois - 3 ans (TRAMER). Il est généralement marqué par des manifestations d'anxiété : insomnies, terreurs nocturnes, peur de l'obscurité, peur de la solitude, irritabilité, colères et perte du contrôle sphinctérien s'il est acquis.

L'évolution se déroule en deux stades.

= Dans un premier stade :

- les troubles du langage apparaissent ; la compréhension cependant reste bonne et le dessin continue souvent à progresser ;

- les acquisitions motrices persistent et continuent à se faire ;

- les troubles affectifs sont caractérisés par une tendance au repliement, par l'absence de participation à des jeux collectifs, par la recherche de la solitude, par la perte d'intérêt pour les membres de sa famille, sauf pour la mère à laquelle l'enfant semble rester attaché, par des manifesta-

tions de colère ou d'agressivité ;

- les troubles instinctifs persistent et s'aggravent : troubles du sommeil (terreurs nocturnes), troubles de l'appétit le plus souvent à type d'anorexie, et troubles sphinctériens.

= Dans un deuxième stade, qui survient après une période variable :

- le langage régresse, la compréhension du langage paraît diminuer, le dessin régresse jusqu'au gribouillage ;

- la motricité ne montre pas de déficit ;

- le comportement se modifie, les jeux deviennent élémentaires, stéréotypés et solitaires ; méconnaissance de l'entourage ;

- quant à l'activité de fond, elle peut se réduire à la catatonie, soit sous forme d'inhibition, plus souvent sous la forme de subexcitation instable, stéréotypée et agressive. Ces deux états peuvent d'ailleurs alterner chez un même malade.

A l'âge scolaire, c'est-à-dire, pour CORBOZ, de 6 à 10 ans, le tableau clinique s'enrichit.

Le trouble de l'idéation est semblable à celui de l'adulte. Bien que les facultés intellectuelles dites primaires (mémoire, attention, perception) restent longtemps intactes, l'enfant schizophrène présente des associations à caractère pathologique ainsi que des barrages ou des accélérations pathologiques. Des idées délirantes et des phénomènes hallucinatoires peuvent apparaître ; à ce stade, le Professeur HEUYER a décrit : la SCHIZOPHRENIE SIMPLE; cette forme constituant, avec le DELIRE DE REVERIE, qui se rencontre également à cette période, les deux formes les plus caractéristiques de la schizophrénie infantile. Mais alors qu'il était souvent difficile de juger de l'anamnèse des enfants plus jeunes, ici, ainsi que dans la forme prépubertaire, se pose d'une façon aiguë le problème des relations entre personnalité prémorbide et schizophrénie.

= Dans la SCHIZOPHRENIE SIMPLE, c'est généralement vers 6 ans que se fait l'entrée dans la psychose, soit de façon insidieuse ou plus souvent sur un mode aigu ou subaigu à la suite d'un évènement déclenchant sans aucune spécificité.

En quelques mois, s'organise un état caractérisé par les mêmes signes cardinaux que la schizophrénie de l'adulte : discordance intellectuelle et comportementale et délire de dépersonnalisation. Cet état est marqué par le retrait des intérêts extérieurs du sujet, avec organisation d'un autisme riche, caractérisé par :

- un télescopage des plans réels et imaginaires ;

- la disparition du refoulement avec apparition à la conscience des conflits profonds revêtus de leurs déguisements symboliques ;

- des productions imaginaires souvent stéréotypées, utilisant des événements passés et exprimées sur un mode symbolique, difficilement pénétrable en raison du caractère instantané, mobile et multiple des identifications ;

- l'utilisation autistique des diverses parties du corps dans les jeux narcissiques et stéréotypés.

Le langage n'est plus une communication ; il est devenu hermétique, tant par l'exposé des productions imaginaires que par l'apparition de véritables néologismes et par les troubles spécifiques du langage schizophrénique : mobilité, instantanéité, multiplicité des relations unissant signifiant et signifié en une production imperméable.

Les hallucinations semblent exceptionnelles.

Le syndrome catatonique est beaucoup plus constant qu'il n'est classique de le dire : maniérisme, opposition passive à autrui, mais aussi,

rarement, conservation des attitudes, flexibilité circeuse des muscles, négativisme, etc ...

La schizophrénie simple de l'enfant se présente donc très proche de la forme paranoïde, que l'on rencontre chez l'adulte et chez l'adolescent, et constitue le noyau de la maladie schizophrénique.

= Dans le DELIRE DE RÉVERIE, l'évolution est souvent insidieuse. C'est avant cette forme que l'organisation prépsychotique est la plus remarquable. L'enfant confond de plus en plus ses phantasmes avec la réalité, qu'il refoule progressivement jusqu'à vivre une vie purement imaginaire et autistique.

Cet état très instable est entrecoupé d'impulsions, de phobies, de périodes de prostration, etc...

Dans les cas les plus favorables, l'exubérance cède le pas à une réduction progressive de l'activité imaginative dont le contenu s'appauvrit et devient stéréotypé, l'activité générale se restreint, et l'on assiste, de façon plus ou moins rapide, à la constitution d'un état hébéphrénique.

A cette période prépubertaire, se rencontre aussi le délire de rêverie. Le Professeur HUYER décrit une FORME DELIRANTE ET HALLUCINATOIRE, et LAROCHE décrit une forme plus rare, LA FORME A DEBUT OBSESSIONNEL PSEUDO-NEVROTIQUE, qui annoncent les formes de l'adolescence et de l'adulte.

Les examens paracliniques cérébraux montrent que les troubles cérébraux rencontrés dans la schizophrénie infantile semblent très fréquents, sinon constants. Il s'agit d'atrophies cérébrales discrètes ou importantes à l'encéphalographie gazeuse, de troubles électriques à l'EEG mal systématisés : troubles du rythme, de la réactivité, quelques pointes-ondes de caractère comitial.

Ces troubles cérébraux ne sont pas considérés comme spécifiques. Les troubles électriques sont variables d'un enfant à l'autre et dans le temps pour un même enfant. Leur valeur est obscure ; leur rapport direct avec la schizophrénie n'est pas démontré. Peut-être existaient-ils avant la maladie, et l'état cérébral défectueux qu'ils manifestent aurait alors participé à l'organisation prépsychonévrotique antérieure à la dissolution schizophrénique.

Parmi les auteurs américains qui ont adopté le même point de vue que les auteurs européens introduisant la notion d'évolution, citons plus particulièrement Louise DESPERT, dans son rapport au Ier Congrès International de Psychiatrie en 1937.

Pour Louise DESPERT, le trouble du contact affectif, trouble fondamental, se manifeste dans le comportement, l'activité motrice, le langage, la pensée et l'affectivité proprement dite. Cet auteur note la rigidité, la dépendance fréquente vis-à-vis de la mère ou d'un autre adulte quoique sans lien affectif avec cette personne; l'affectivité est terne, ses manifestations sont inappropriées avec rires et pleurs immotivés. Il y a fréquemment une préoccupation sexuelle excessive avec masturbation constante, des accès de colère, équivalents d'anxiété tels qu'ils peuvent entraîner une rupture complète avec la réalité. L. DESPERT relève la fréquence et la gravité, pour le pronostic, des troubles compulsionnels. Les troubles du langage sont frappants : "Dissociation du langage signe et du langage fonction...".

Par ailleurs, l'enfant parle souvent de lui à la troisième personne ; tout se passe comme si l'enfant ne se distinguait pas de son entourage. Le comportement de ces enfants est régressif dans tous

les domaines.

Cet auteur présentait, en 1937, trois types d'évolution :

- LES SCHIZOPHRANIES A DEBUT AIGU, évoluant vers une démence rapide dans presque tous les cas ; rarement, on assiste à une résolution partielle avec adaptation relative à un niveau idéo-affectif inférieur au niveau initial.

- LES SCHIZOPHRANIES A DEBUT INSIDIEUX, les plus nombreuses, présentant le plus souvent une évolution chronique, parfois une évolution démentielle rapide.

- LES SCHIZOPHRANIES A DEBUT INSIDIEUX, suivi d'accidents aigus généralement précipités par des facteurs exogènes.

Actuellement, L. DESPERT ajoute à la schizophrénie les états caractérisés par l'absence de développement de contact affectif. Cette forme clinique, dans laquelle n'entre aucune notion d'évolution, est cliniquement très semblable aux états schizophréniques ; mais l'école française persiste à considérer qu'il ne s'agit pas de la même maladie et la place dans les "états psychotiques". Ceux-ci, par rapport aux "états prépsychotiques", semblent être sur le plan clinique une forme d'organisation plus grave avec des mécanismes de défenses psychotiques plus nombreux, plus efficaces contre l'angoisse, et une confusion complète entre réalité et phantasme.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Dans le diagnostic différentiel de la schizophrénie, se placent donc d'abord les "ETATS PSYCHOTIQUES". Les tableaux cliniques comparés d'une coupe transversale de l'existence peuvent paraître assez semblables, mais les courbes de l'évolution des enfants sont exactement inverses : "Inflexion de la courbe ascendante théorique" dans la schizophrénie, pas d'inflexion dans l'état psychotique - Aggravation progressive habituelle du tableau clinique dans la schizophrénie, alors que les états psychotiques présentent un tableau clinique labile, des mécanismes de défense variables suivant les circonstances ("la nécessité") et suivant les étapes génétiques du développement (ce qui contraste avec la stabilité rencontrée dans les psychoses de l'adulte).

Pour le pronostic, il faut savoir qu'au cours des états psychotiques les conflits peuvent, à tout moment, être dépassés spontanément ou par la psychothérapie, qui les influence, alors que la schizophrénie lui est le plus souvent inaccessible. Les plus systématisés de ces états sont l'autisme de KANNER, la psychose autistique d'ASPERGER, la psychose symbiotique de MAHLER.

Un autre diagnostic se pose avec les épisodes réactionnels au cours des états psychotiques et même des réactions d'opposition que l'on rencontre chez l'enfant normal : S'agit-il d'une réaction avec comportement régressif ou d'un début de dissolution schizophrénique ? Seule, bien souvent, une longue observation permet de trancher le diagnostic.

A un autre pôle, le diagnostic différentiel se pose avec les états organiques, moins peut-être les états de délire onirique avec hallucinations que l'on rencontre en pratique pédiatrique, que ce que CORBOZ, pourtant fidèle aux idées de BLEULER, appelle

les "PSEUDO-SCHIZOPHRENIES". Elles sont causées par une lésion du système nerveux ou une affection atteignant l'ensemble de l'organisme :

"Il s'agit d'un syndrome franchement schizophrénique, qui ne peut être différencié sur-le-champ d'une schizophrénie infantile... Ces pseudo-schizophrénies ne pourront être différenciées de la schizophrénie vraie que par l'évolution.... Le pronostic est bon..."

Ce point de vue rejoint assez le point de vue développé par l'école française, chez l'adulte, à propos de certaines psychoses aiguës.

Beaucoup plus délicat, s'annonce le diagnostic avec les "DÉMENCES ORGANIQUES". Ces états, "les démences organiques", sont eux-mêmes mal définis par ceux qui utilisent le terme. Il semble que, bien souvent, le diagnostic de démence organique repose sur la découverte de troubles cérébraux au cours d'une détérioration psychique, sans pour cela qu'il soit démontré que ces troubles cérébraux manifestent une détérioration cérébrale évolutive ou d'apparition récente. Nous avons vu, à propos des états prépsychotiques, que ces troubles paraissent être fréquemment antérieurs à la dissolution et participer plutôt à l'état prépsychotique. Cependant, tous les auteurs s'accordent sur la difficulté du diagnostic différentiel, et le Professeur MICHAUX le rappelait récemment. Il semble, dans l'ensemble, que les praticiens s'accordent pour considérer qu'une détérioration cérébrale évolutive soit un élément de diagnostic différentiel. Il est évident qu'accepter de considérer comme des schizophrénies des états de détérioration cérébrale s'accompagnant d'une détérioration psychique semblable à celle rencontrée dans la schizophrénie risque de réduire celle-ci à un syndrome sans spécificité. Il n'en reste pas moins que le diagnostic est extrêmement difficile sur le plan pratique. Devant les accidents cérébraux graves : traumatismes, méningites, le problème n'a pas changé par rapport au temps où BLEULER le posait. Enfin, chez l'enfant, la profondeur du déficit est parfois considérable ;

d'autre part, la vie autistique de ces enfants retentit plus ou moins vite d'une façon irréversible sur le développement de leurs fonctions intellectuelles et ils apparaissent, au fur et à mesure qu'ils vieillissent, comme des oligophrènes profonds, rendant plus difficile encore le diagnostic avec les démences organiques.

O B S E R V A T I O N S

Ces quelques observations présentent des enfants qui ont débuté leurs troubles à diverses étapes du développement et pour lesquelles, aujourd'hui, il n'y a pratiquement pas de problème de diagnostic : l'évolution est ancienne et le tableau clinique est celui de la démence précoce de KRAEPELIN, à partir duquel BLEULER a étudié la schizophrénie.

R U D I

RUDI est né le 25 Février 1947 ; il a deux demi-soeurs, une fille de son père et une de sa mère, qui sont normales. Il n'y a aucun antécédent familial, ses parents paraissent équilibrés. Lorsque survint la grossesse, sa mère, manipulatrice en radiothérapie, était en arrêt de travail pour la troisième fois ; elle avait une anémie à 2.500.000 globules rouges, une légère agranulocytose ; elle avait déjà présenté les mêmes symptômes au cours d'une grossesse précédente. L'accouchement a été normal, à terme ; l'allaitement artificiel.

Pendant 15 mois, RUDI fut un enfant tout à fait normal : premier sourire à trois mois, assis à six mois, marchant à quinze mois, sommeil calme, appétit normal. De 6 à 8 mois, RUDI a été placé en

nourrice avec profit. C'était un enfant facile, souriant, accueillant avec les personnes étrangères; on l'appelait "l'enfant gracieux".

A 15 mois, il fait un court séjour chez ses grands-parents, en compagnie d'une de ses demi-soeurs. Là, dépaycé, il se met à se balancer à quatre pattes.

°
° °

Au retour chez ses parents, il garde son balancement quelques semaines, puis tout rentre dans l'ordre ; l'alimentation, le sommeil, le caractère ne sont pas perturbés ; le langage progresse.

A 18 mois, RUDI est de nouveau placé pour deux mois chez sa nourrice. Là, les parents lui rendirent visite quarante huit heures au cours de son séjour. RUDI était nerveux, pleurant facilement ; ses parents furent inquiets d'apprendre qu'il était nécessaire de l'attacher à son lit, la nuit. Au moment du départ, RUDI eut un chagrin affreux. Il fallut littéralement l'arracher à sa mère. Le père voulait garder l'enfant, mais il céda aux démonstrations qu'on lui fit d'un "caprice passager", comme en ont tous les enfants. Par la nourrice, les parents apprirent qu'après leur départ RUDI trompa deux fois sa surveillance et qu'on le retrouva, la première fois sur le chemin pris par ses parents, la deuxième fois on le trouva endormi dans le champ, la face sur le sol.

Depuis ce jour, RUDI a changé. A son retour, il était pâle, hagard ; il ne prononçait plus un seul mot ; il refusait d'aller se coucher et s'endormait tard, s'éveillait tôt. Il se balançait à quatre pattes pour s'endormir. Il a opposé un refus absolu à toute nourriture, sauf au chocolat au lait dont il a été nourri pendant des mois. Il est devenu capricieux, exigeant, coléreux, et vit "dans son petit monde une vie à part, à lui", disent ses parents. Progressivement, son état s'est modifié,

puis s'est fixé. RUDI, en famille, regarde son père peindre et joue solitaire avec des livres ou des cubes. Il aime les promenades avec son père, mais refuse de lui prendre la main et marche à distance, sauf pour traverser la rue car il a peur des automobiles. Parfois, il a des angoisses soudaines immotivées ou à la vue d'un objet familier. Son mutisme n'est pas absolu et même son langage semble avoir évolué ; s'il aperçoit un chien, il se tranquillise : "N'aie pas peur, papa est là"... Devant un caillou ou une flaque d'eau : "Lève les pieds", ou bien : "... aller se promener, a soif... Rudi a faim...". Il aurait dit, en employant la première personne : "Je veux"... et même "Je suis heureux ..." (?). Il désigne ce qu'il désire par gestes, mais il ajoute parfois : "Qu'est-ce que tu veux ?...", ou bien : "Papa va donner tout de suite...". Souvent, RUDI se balance à quatre pattes et fait "taki", comme il dit, en déformant l'expression familiale de "tape-cul". C'est un balancement d'avant en arrière à quatre pattes, accompagné d'une mélodie monotone. Il a dit : "C'est défendu de faire taki... Papa n'aime pas...".

Son état s'aggrave à chaque hospitalisation. Dans le service, RUDI est le plus souvent à quatre pattes, reposant sur les coudes, les avant-bras et les mains parallèles, sur les genoux, les jambes parallèles, les pieds croisés ; il se balance d'avant en arrière, le tronc horizontal, la tête redressée. Le taki est accompagné d'une mélodie sur trois notes. Le rythme du balancement et de la mélodie varie suivant l'émotion de l'enfant. Il s'arrête parfois ; mais si des personnes étrangères apparaissent ou si la situation devient désagréable, RUDI trépigne, s'agite, cherche un coussin, des couvertures, sur quoi faire "taki". Dans le service, il dit "ptits-raisins", en se précipitant sur du raisin qu'il convoitait et a dit "non".

A l'arrivée dans le service, RUDI refusait toute nourriture et s'agitait en criant et en se repliant sur ses couvertures si on lui en présentait,

on tentant de la renverser. Puis, informés de ses goûts par sa famille, nous lui avons fait des viandes en sauce, haricots rouges, sardines, chocolat au lait, raisins, mandarines, croissants. Encore fallait-il que la nourriture soit préparée et présentée d'une certaine façon, car il l'examinait avec soin et la rejetait en bloc si elle ne lui paraissait pas désirable. Parfois, paradoxalement, il se jette sur l'assiette destinée au chat.

RUDI dort peu et mal, en chien de fusil, enfoui sous ses draps ; il n'est pas gâteux. Au cours d'une période d'aggravation, il ne se couchait qu'après avoir jeté à terre draps et couvertures, urinait sur son matelas et s'endormait dans l'urine.

Le contact est pratiquement inexistant.

Il serre du bout des doigts et rapidement la main qu'on lui tend, et si l'on reste près de lui il s'agite, augmente le rythme de son balancement et de sa mélodie qui prend un ton aigu, et finalement se frappe le front du revers de la main. Avec les autres enfants, il n'a aucun contact, aucun jeu de relation. Il est juxtaposé aux autres enfants, il les regarde jouer, parfois il prend un objet mais n'échange rien. Pourtant, RUDI est très vigilant, son faciès est figé, mais son regard est vif et mobile. Il est fuyant pour l'interlocuteur et remarque tout ce qui se passe dans le service.

Au cours des visites des parents dans le service, RUDI arrête son balancement en voyant son père, s'étend sur le lit en disant : "Allonge tes jambes", et regarde avec lui un livre d'images. A son départ, il paraît indifférent et reprend son "taki".

En conclusion, cet enfant est un schizophrène, si l'on tient compte de l'état actuel et de la notion d'une dissolution et d'une régression. Dans son cas, l'évolution a été brève et le tableau clinique n'est pas celui d'un déficit aussi profond que celui rencontré habituellement dans ces états.

Seule, la notion d'évolution permet de distinguer cet enfant des états psychotiques "d'absence de développement ou contact affectif", que l'école française ne situe pas dans le cadre de la schizophrénie.

M I C H E L

MICHEL est né le 29 Décembre 1946 ; il est le premier né de jumeaux hétérozygotes et le troisième enfant d'une femme alors âgée de 35 ans. La conception a eu lieu peu de temps après le retour du père de la captivité. La grossesse a été normale ainsi que l'accouchement, qui a été cependant un peu prématuré : 8 mois. La mère a été soignée plusieurs fois en clinique pour troubles mentaux de caractère névropathique.

Le premier développement de l'enfant paraissait normal à sa famille, mais il était légèrement en retard par rapport à son jumeau.

A deux ans et demi, MICHEL possède et manie un petit vocabulaire, ... lorsqu'il fait une chute dans l'escalier. Ce traumatisme minime est suivi de pleurs prolongés et, dans les jours suivants, d'une perte de sommeil avec peur de l'obscurité, cris, refus du lit, et enfin mutisme.

A 4 ans, c'est-à-dire 14 mois après, MICHEL est placé à la Colonie de VAUCLUSE, avec le diagnostic d'arriération mentale et affective et agitation. Il est rapidement repris par son père, qui le confie à des institutions privées, sans résultat. Il reste silencieux et d'un calme atone. Nous manquons de renseignements sur cette époque.

En Janvier 1955, MICHEL a 9 ans et revient à VAUCLUSE ; il est agité, auto-agressif (il se frappe

la tête contre les murs, se griffe) ; il est insomnique et cette insomnie est totale ; il est destructeur. Le diagnostic porté est celui d'idiotie.

A son entrée, le tableau est dominé par le caractère discordant de la mimique, de l'activité, de l'affectivité. Le niveau mental est impossible à préciser, l'examen neurologique est négatif, l'état général est médiocre. L'agitation se calme au bout de 8 jours. MICHEL apparaît alors craintif, peureux ; son regard est inquiet, mobile, curieux, en contraste avec les traits inexpressifs ; son visage est figé. Il erre d'une pièce à l'autre, semblant s'intéresser un instant à ce qui l'entoure, mais reprenant aussitôt son manège. Il est absolument muet ; il touche à tout, rangeant méticuleusement les objets mis à sa portée, et présente quelques stéréotypies motrices du type itératif. Il semble absolument indifférent à sa venue ici, les visites et les départs de ses parents le laissent indifférent. Par contre, il se prête volontiers aux caresses et les provoque en prenant les mains des infirmières.

Quatre mois après son entrée, MICHEL refuse toute alimentation. Les moyens employés pour le faire manger sont inefficaces, ainsi que quatre électrochocs. L'alimentation par sonde s'avère nécessaire ; puis, devenant techniquement difficile, il faut recourir aux lavements alimentaires. Ce refus d'aliments est remarquable par son caractère doublement sélectif à l'égard des aliments proposés et vis-à-vis des circonstances affectives présidant à leur refus ou à leur absorption vorace. Les premiers aliments qui vont être acceptés seront des gâteaux, et spécialement des éclairs au chocolat apportés par les parents ; lorsqu'il les devine, l'enfant se jette sur les paquets et engloutit les gâteaux avec précipitation. Dans l'intervalle des visites, il jette à terre tous les aliments mis à sa disposition, parfois même en réclame du geste aux infirmières ou en dérobe à d'autres enfants pour les détruire immédiatement. De temps en temps,

sans motif apparent, sans périodicité, il absorbe spontanément une grande quantité d'aliments divers (gâteaux secs, lait, purée, pain d'épices), pour retomber le lendemain dans son état habituel.

L'alimentation normale a été rétablie en procédant avec lui comme avec une anorexie mentale : isolé dans une pièce semi-obscur, il se nourrit avec les aliments laissés à sa portée ; si l'on ouvre la porte de sa chambre, il échappe et se précipite sur les déchets alimentaires réservés aux chats.

En 1958, MICHEL se comportait comme un dément précoce typique. Indifférent à l'ambiance, il va et vient dans la salle au service ; très remuant, il court, s'arrête, repart tranquillement ou bien fait de grandes enjambées sur les dessins du carrelage qui sont peut-être d'un caractère rituel.

Il a des gestes stéréotypés des mains ; il garde de menus objets qu'il fait rouler entre ses doigts : des papiers, des fils, de la mie de pain. Son visage est le plus souvent figé, parfois animé de rires immotivés ; son regard est vif, mobile, fuyant ; de temps en temps, il se fixe, comme angoissé. Son contact est furtif ; il serre rapidement la main tendue et ne supporte pas qu'une personne reste près de lui. Par ailleurs, il est gâteaux de jour et de nuit.

En 1959, MICHEL présente de nouveau son comportement rituel avec la nourriture et une attitude très hostile avec l'entourage. Il ne supporte pas la présence de qui que ce soit près de son lit et repousse les infirmières en cherchant à frapper, à griffer et à mordre ; il n'accepte pas d'être touché et époussète du revers de la main le drap placé contre son visage, si nous y touchons. Il refuse toute nourriture et, si un morceau de pain lui est présenté, il le saisit, détache un morceau de la croûte avec ses incisives, le pousse du bout de sa langue et le crache en direction des personnes ;

son regard est très vif, hostile, nullement craintif, et il ne fuit pas le visage de ceux qu'il repousse. Livré à lui-même, MICHAEL reste sous ses draps ou s'agite et casse. Il est toujours muet et gâteux.

Les examens paracliniques sont normaux; en particulier, l'EEG pratiqué le 18 Février 1959 conclut : tracé rapide, très bien (trop bien) évolué, analogue au précédent. Faible sensibilité au protoxyde d'azote qu'il faut donner longtemps et à forte dose. Pas de réponse à la S.L.I..

En conclusion, cette observation d'une désagrégation, survenue à 2 ans 1/2, d'une façon brutale, incompréhensible, nous montre que cet enfant, 11 ans après, se comporte comme un dément précoce typique. Les signes d'un état prépsychotique antérieurs sont très réduits, ce qui paraît normal étant donné l'âge auquel la maladie a débuté.

GERARD B...

GERARD est né en Mars 1947. Il est le premier enfant de parents qui ont toujours été en bonne santé ; en 1951, viendra au monde un deuxième enfant mort-né.

Il n'y a pas d'antécédents héréditaires notables. La grossesse et l'accouchement sont normaux. Le poids à la naissance est de 3 kilos. Cri immédiat. Premier sourire à 2 mois. Première dent à 7 mois. Il marche à 15 mois et prononce ses premières paroles à 2 ans. Il n'eut pas de maladie importante au premier âge. Quelques particularités ont été surtout remarquées par la mère dans les deux premières années : balancement de la tête à l'endor-

missement, absence d'intérêt pour les jouets, rareté des marques d'affection.

A 2 ans $\frac{1}{2}$, apparaissent des petits vertiges, et, à 3 ans, les premières crises comitiales généralisées qui deviennent de plus en plus fréquentes, allant jusqu'à 4 ou 6 par jour. Les parents remarquent l'apparition des troubles du caractère et du comportement : instabilité, colère, violence, trépignement, opposition hostile, destruction des carreaux, jet et bris d'objets familiers, et il semble que ces troubles se déroulent suivant un cycle assez régulier : 2 jours de crise, 2 jours de colère.

Les troubles du développement psychique se manifestent par des troubles syntaxiques du langage : l'enfant continue à parler de lui à la troisième personne et le contact affectif ne s'améliore pas. Il s'isole et soliloque.

Traité pour son épilepsie avec des barbituriques et des hydantoïnes, il reste mal équilibré quelque temps puisqu'il continue à avoir 23 crises par mois : mais un électro-encéphalogramme, pratiqué en 1951, ne note aucune altération profonde du tracé.

A 4 ans, il est suivi en psychothérapie à l'Institut CLAPARDE. L'observation relève, entre autres caractéristiques affectives : "Fixation affective avec infantilisme des conduites : opposition, provocation, rébellion permanente, subagitation exacerbée par les remontrances, les interdictions".

Cette psychothérapie s'est poursuivie d'Octobre 1951 à Avril 1953. A cette époque, elle commençait à manifester ses premiers effets. A la dernière séance, il est noté : "Emploie spontanément le "je" ; mais, dès qu'on lui parle, le "je" devient celui de l'interlocuteur. Confusion de son Moi avec celui d'autrui ; projection". La mère décide, pour des raisons inconnues, d'interrompre la psych-

thérapie. Quelques semaines après, GERARD fait des colères clastiques, de l'agitation, et manifeste des tendances auto-mutilatrices. Un internement à Vaucluse est devenu nécessaire, et les certificats immédiats parlent d'agitation atypique, impulsive et clastique avec propos décousus ; soliloquie, fabulation, transitivity, écholalie, et décrivent avant tout un syndrome dissociatif "chez un sujet non sensiblement arriéré". GERARD fait toujours des crises comitiales avec vertiges et absences.

A la colonie, on note l'extrême instabilité psychomotrice touchant à une agitation subcontinue, les stéréotypies motrices et verbales, l'inattention et l'inaccessibilité, le désintérêt pour l'ambiance, la verbigération soliloquée ; GERARD répète en écho, parle de lui à la troisième personne, s'embrasse continuellement les mains. Le niveau mental est pratiquement impossible à déterminer du fait de l'aprosodie et l'autisme dialogué ; il semble cependant que le Terman donne un âge mental de 4 ans 2 mois pour 6 ans et demi d'âge réel. En fait, le niveau intellectuel est certainement supérieur, puisque l'enfant sait compter jusqu'à 40 et connaît toutes ses lettres. Le développement somatique est suffisant et harmonieux, sans dystrophies et sans signes de rachitisme : les viscères sont normaux. A l'examen neurologique, on remarque quelques inégalités du tonus, un réflexe rotulien gauche diminué avec un cutané plantaire douteux du même côté (première réponse en extension) ; la marche est normale ; l'attitude spontanée est presque constamment en tailleur. Des crises typiques de grand mal continuent à se succéder rapidement. L'électro-encéphalogramme montre alors une activité alpha normale sur un rythme de fond assez lent (4 à 5 c/s), avec quelques éléments paroxystiques amples, sans pointes ni pointes-ondes.

En Février 1954, l'épilepsie généralisée est toujours mal équilibrée et l'électro-encéphalogramme s'aggrave et les troubles électriques se généralisent. La première encéphalographie, pratiquée en

Février 1954, montre une légère dilatation de la citerne sylvienne. Des épisodes fébriles non étiquetés sont intriqués avec les périodes d'aggravation clinique de l'épilepsie. D'une façon continue sur le plan psychique, la dissociation évolue et, en Février 1956, l'instabilité est extrême : instabilité motrice avec de petits mouvements stéréotypés incessants des doigts, se précipitant de temps en temps sous forme de salves. La soliloque à voix chuchotée est presque continue : il s'agit d'une verbigération aussi peu expressive qu'elle est abimée. Maniérisme et transitivity sont importants : l'enfant ne parle de lui qu'à la troisième personne. Avec des gestes précieux, il ramasse tout à terre et joue avec les plus petits objets qu'il tient serrés entre ses doigts.

L'aprosodie est considérable, avec un parasitisme important de la mimique. GERARD, sollicité de répondre, s'enferme impassiblement dans une sorte de théâtralisme : il est sur la scène, chante, en les accompagnant de gestes stéréotypés et maniérés, les chansons publicitaires de la radio ; il salue, puis s'applaudit. Il fait l'acteur et le spectateur, ou bien il répond à côté, sourit de travers, présente des explosions affectives tout à fait inadaptées. En dehors de cet ensemble de stéréotypies, aucune activité pragmatique, absence de contact et isolement. Les tests de TERMAN-MERRILL se révèlent impraticables.

En 1958, l'absence de contact affectif est totale ; GERARD répond rarement aux appels. Il s'isole le plus souvent, jouant avec de menus objets qu'il collectionne et mâchonne. Il répond au bonjour d'un air distrait ou se sauve pour se réfugier dans un coin ou sous son lit. Son épilepsie est maintenant bien équilibrée par le traitement, et plusieurs EEG pratiqués récemment donnent des résultats variables dans le temps :

Le 28-4-1957 - "Remarquable augmentation de l'alpha à 10 sec. de bonne réactivité et aussi,

"parallèlement, d'innombrables pointés-ondes bien
"structurées et de très fort voltage, surtout anté-
"rieures, parfois aux bouffées très longues. Légère
"activation sous S.L.I.. Tout cela confirme l'éton-
"nante variation de cet enfant d'un moment à l'au-
"tre..."

Le 28-2-1958 - "Sans anesthésie au protoxyde
"d'azote, stade profond un peu anarchique, au réveil:
"Régularisation du tracé qui semble s'améliorer,
"variations de la vigilance avec apparition sponta-
"née de décharges liées à l'assoupissement alternant
"avec un tracé normal bien plus organisé que le pré-
"cédent. La réaction de l'arrêt de l'alpha est
"parfaite".

A cette période, c'est-à-dire après la longue
évolution de détérioration psychique aboutissant à
un déficit mental profond, l'EEG. conclut : "Il
"semble qu'on n'ait pas le droit de parler de dété-
"rioration organique profonde, mais de variations
"temporelles extrêmement intenses de la vigilance
"avec décharges sporadiques liées à l'assoupisse-
"ment....".

En conclusion, cet enfant présente un
déficit psychique profond, que l'on aurait tendance
à rapporter à une encéphalopathie évolutive et à
qualifier de démence organique, mais où la détério-
ration organique paraît assez faible. Par ailleurs,
nous apercevons ici que les troubles cérébraux que
l'on voudrait placer à l'origine de la dissolution
schizophrénique existent avant cette dissolution,
et l'on peut penser qu'ils ont participé à l'état
prépsychotique. A ce sujet, nous noterons que
seuls les accidents cliniques permettraient de par-
ler d'épilepsie avant 5 ans, car les investigations
paracliniques de cette époque sont normales.

M A X

MAX est né en 1944. Les parents, de nationalité polonaise, sont bien portants et présentent un niveau intellectuel normal. On ne note aucune maladie mentale dans les antécédents familiaux.

Durant sa grossesse, la mère, manoeuvre en Russie, a beaucoup souffert de la faim. L'accouchement a été normal. Cri immédiat. Poids 2 kg.4. Nourriture au sein à un an. Premier sourire à 2 mois. Station assise. Marche à 13 mois. Propreté acquise à 2 ans.

Pendant les deux premières années de MAX, ses parents ont vécu dans des conditions de famine qui ont sans doute retenti sur l'enfant ; il a présenté à plusieurs reprises des épisodes de diarrhée aiguë mettant sa vie en danger ; ses parents se souviennent de lui, à cette époque, comme d'un enfant gai, vivant, affectueux. Il criait souvent seulement la nuit.

A 3 ans, MAX commence à inquiéter son entourage. Son langage est très en retard. Il ne dit que deux ou trois mots et présente d'importants troubles du caractère : capricieux, volontaire, exigeant, il est impossible à satisfaire. Il pleure et crie souvent sans motif. Il est triste, grognon, renfermé.

A 4 ans, son retard de langage le gêne à l'école où il est pourtant jugé comme un enfant à l'esprit vif. Il faut préciser ici que MAX parle un peu le polonais et le français, alors que ses parents parlent très mal le français et jamais entre eux. Le trouble du contact affectif est évident. Il ne se mêle pas aux autres enfants, qu'il regarde de son coin ; il recherche l'isolement.

De 4 à 7 ans, MAX apprend à peine à lire et à

compter et présente des troubles du caractère de plus en plus graves : il est jaloux, tyrannique avec les autres enfants et il les bat. Une anxiété de plus en plus grande se développe, qui entraîne des insomnies et des cauchemars.

A 7 ans, il est envoyé dans une maison d'enfants, à Saint-Germain. Il traverse d'abord une période de mutisme, durant laquelle il fait, chaque nuit, des cauchemars qui paraissent terrifiants. Puis, il se met à parler, devient très bavard et développe alors des thèmes qui révèlent une vive anxiété : ciel décroché, personnages écrasés, animaux mutilés, etc ... Ces troubles du caractère vont en croissant et des préoccupations sexuelles apparaissent, avec prosélytisme (il oblige, en le brutalisant, un camarade à lui sucer la verge), qui obligent à une première hospitalisation dans le service du Professeur HEUYER. Là, l'anxiété extrême, la logorrhée incessante contrastent avec l'absence de contact ; l'impulsivité et la tendance à l'isolement font craindre un début d'évolution schizophrénique, et un internement est envisagé mais n'est pas réalisé.

Dans les trois années qui suivent, l'anxiété va croître progressivement. MAX brise d'innombrables vitres, provoque des scandales dans son quartier, se précipitant sur les passants pour les frapper ou leur cracher au visage. Le rendement scolaire s'effondre. Il ne s'intéresse plus à la classe, refuse d'y aller, disant "qu'il ne comprend plus rien". Il soliloque toute la journée, poussant des cris immotivés et se cachant sous la table, l'air terrifié, en appelant au secours. Il se masturbe en public, s'exhibe.

A la suite d'une scène particulièrement violente, MAX est hospitalisé aux Enfants-Malades, puis interné à VAUCLUSE, en 1954. On constate alors l'existence d'un délire flou, centré sur la bombe atomique, dont il dit "sentir le chatouillement", une activité hallucinatoire intense, motivant des

impulsions brutales, le négativisme, la discordance, le maniérisme, les sourires stéréotypés, les bizarreries du comportement avec alternance de mutisme et de logorrhée.

Une série d'électrochocs pratiqués aux Enfants-Malades n'a amené aucune amélioration. Les mois suivants, à VAUCLUSE, MAX vit dans un isolement farouche, passant son temps à déchirer des morceaux de papier, boudeur, opposant ; la seule chose qui l'intéresse est le dessin. Au cours de ses soliloques, il montre une pensée délirante, floue, à thème mélancolique avec auto-accusation ; les réponses aux questions sont brèves et ambivalentes.

Après une cure de Sakel, MAX se montre moins hostile, plus souriant, plus calme ; mais son comportement reste incohérent et contradictoire ; l'autisme et la perte du contact affectif sont frappants. Il ignore les autres enfants ; son anxiété se manifeste par des mouvements de crainte lorsqu'on s'approche de lui. Il répond par des monosyllabes, un sourire figé aux lèvres ; il accepte encore de dessiner d'une façon stéréotypée, ou il aligne inlassablement des chiffres. Il ne sait plus lire ni compter. La seule chose qui l'intéresse est la nourriture. Il se plaint sans cesse d'avoir faim et recherche des aliments.

En 1958, MAX se présente comme un dément précoce typique, indifférent à l'entourage ; il déambule toute la journée, soliloque silencieusement du bout des lèvres, sourit parfois, crie ou pleure. Il a des mouvements stéréotypés, accepte de dire bonjour du bout des doigts et refuse tout entretien ou répond grossièrement. Parfois, il frappe un camarade de façon imprévisible. Il a de nombreux rites à caractère conjuratoire : toucher un radiateur, le lit, les affaires ou les jouets du voisin ou le voisin lui-même. Tout obstacle à la réalisation de son désir l'angoisse. Il crie et tente de le réaliser malgré tout. Craintif lorsque ses camarades le

bousculent, il se montre courageux et indifférent aux coups pour réaliser son rite. Souvent, il reste couché toute la journée, refusant en criant de se lever ; il se masturbe fréquemment. Pour la nourriture, il est plutôt gourmand, mais refuse de manger des pommes et le pain d'épices qu'il jette dans les W.C. ; s'il en aperçoit sur le lit des autres enfants, il s'en empare pour les jeter. Les pommes et le pain d'épices sont des aliments que ses parents lui apportent constamment, malgré les avis réitérés des infirmières, parce qu'ils étaient auparavant ses aliments préférés. Il ne refuse aucun autre aliment.

En conclusion, il s'agit bien d'un état schizophrénique qui semble avoir débuté vers 7 ans et qui était précédé d'un état psychopathique évident.

ERIC

ERIC est né en GUYANE, le 13 Mai 1944 ; c'est le second enfant et le premier fils d'une famille de quatre enfants. Il n'y a aucun antécédent familial pathologique. La grossesse a été normale ainsi que l'accouchement, survenu à terme. Il pesait 2 kg.200 à la naissance et a crié aussitôt ; il a été nourri au sein ; la courbe du poids a été régulièrement ascendante. Il s'est montré éveillé, son développement psychomoteur a été normal. Il a marché à un an. Propreté le jour vers dix-huit mois. Il répétait de nombreux mots à vingt deux mois.

A 22 mois, ERIC fait une diphtérie grave. Il ne présente aucun trouble nerveux au cours de sa maladie ; mais à la suite, il paraît fatigué et ne

réagit plus aux appels. Ses parents le jugent sourd et, après un certain temps, les médecins confirment ce diagnostic de surdité. ERIC a 28 mois ; plusieurs opérations sont tentées dans une atmosphère d'angoisse permanente : amygdalotomie, section du pli de la langue ; sans résultat, évidemment. Il ne présente aucun signe de répression : il garde son appétit et reste propre le jour.

Jusqu'à 11 ans, ERIC est un enfant vif, gai, très actif. Il est considéré comme débrouillard et expansif. Il se fait bien comprendre et paraît intelligent. Sa mère, institutrice, lui apprend ses premières lettres ; il lit certains mots et les prononce de façon compréhensive. Il connaît la valeur des chiffres jusqu'à 10 et fait des petites additions et soustractions.

La famille vit en Guyane et fait un nouveau séjour en 1950 à Paris, au cours duquel ERIC débute une rééducation du langage avec Madame BOREL-MAISONNY. L'audiogramme révèle alors une surdité relative : oreille gauche 7/10, oreille droite 3/10. Or, avant d'aller chez Madame BOREL-MAISONNY, il avait séjourné dans un Institut de sourds non rééduqués et avait acquis une voix rauque et bizarre qu'il avait imitée grâce à sa faible audition. Il débute bien sa rééducation et se montre d'une intelligence normale, très exclusif et captateur ; pourtant, il n'a pas la voix et ne fait pas les progrès que laissait espérer son audition. Malheureusement, en Mars 1951, il regagne la Guyane.

Par ailleurs, sur le plan auditif, il apprécie la musique, il a le sens du rythme et tape du pied en mesure. Il joue du pipeau et de l'harmonica et crée des airs ; mais il ne peut pas répéter les airs entendus. Sa surdité est une source de regrets et d'inquiétude. Il compare souvent son audition à celle de ses frères et soeurs et manifeste sa déception. Il en fait souvent la remarque à sa mère et s'inquiète de savoir si les invités se sont rendu compte de son infirmité.

Un autre souci d'ERIC est sa race. Il est mulâtre et se croit sale. Il jalouse ses frères qu'il croit plus clairs que lui et soigne ses cheveux qu'il voudrait lisses. Il reproche à son père de ne pas se laver suffisamment, manifeste son dégoût pour les autres noirs qu'il croit sales, et interdit l'accès de la cour familiale aux enfants de couleur.

Pour le reste de son comportement, ERIC est exclusif, captateur ; il est coquet ; il aime se farder avec les produits de beauté de sa mère ; il se lave fréquemment, il est soigneux, et à la moindre tache il veut changer de vêtements, parfois plusieurs fois par jour, à tel point que ses parents doivent enfermer ses vêtements à clé. Il est très pudique et craint de se déshabiller en public, s'attirant les rires de sa famille ; son déshabillage à la plage est compliqué ; il refuse la présence de sa mère au cours de sa douche.

Assez solitaire, bricoleur, ERIC peint et dessine. Il manifeste son regret de ne pas pouvoir aller en classe. Il cultive des plantes, mais seulement les plantes comestibles. Il a un chien qu'il s'est attaché, avec lequel il est exclusif comme toujours ; il exige pour lui la même nourriture que pour les enfants et partage au besoin sa part avec lui.

En Juillet 1955, pour la première fois, il est exclu du milieu familial au cours d'une scène qui se déroule simplement : un invité ami de la famille organise un jeu parlé, ERIC est mis à l'écart ; il proteste ; son père lui conseille d'aller dans sa chambre et se fâche devant le mécontentement d'ERIC. Le lendemain, ERIC a un comportement pathologique. Il paraît d'abord boudier ; il s'isole, joue seul. Un de ses jeux consiste à rester des heures devant le poupailler à surveiller les poules, à leur parler une baguette à la main. Il en corrige certaines et en félicite d'autres, comme si elles étaient à l'école.

Mais surtout, avec ses familiers, son comportement se transforme ; il devient très brutal avec ses frères et sœurs dès qu'ils l'approchent et il les frappe plusieurs fois d'une façon impulsive et incompréhensible. Il ne tolère plus les marques d'affection de sa mère, qu'il frappe lorsqu'elle s'approche de lui. Sa place en famille disparaît. En septembre, à la rentrée des classes, perché sur le mur mitoyen de l'école de sa mère, il contemple la récréation des autres enfants en pleurant. En Novembre, il fait un lettre qui dure un mois, dont il sort fatigué. Il manifeste à son père sa déception d'avoir un gros ventre, attendant par là ses rêves de succès sportifs ; il s'agit là d'un simple relâchement musculaire.

Son comportement va désormais en s'aggravant : il garde le lit une partie de la journée, devient sale, crache partout, et s'attaque enfin à ses derniers attachements. Il bat son chien impulsivement et le pourrit dès qu'il l'aperçoit ; il coupe les plantes qu'il cultivait. La seule personne qu'il tolère encore est son père, qu'il suit dans son atelier ; mais alors qu'autrefois, turbulent, il jouait avec les outils, maintenant il les saisit maladroitement sans en user, reste inerte et sans initiative.

Inquiets, ses parents rentrent en France avec lui en Mars 1956, et il est interné en Avril à la colonie de VAUCLUSE.

Dans le service, ERIC reste couché, la tête enfouie dans ses draps ; il est absolument apathique et négativiste ; il entre parfois dans de violentes colères, soit qu'il ait été importuné, soit sans motif apparent, colères au cours desquelles il frappe l'enfant le plus proche de lui, envole les objets qui l'environnent au milieu de la salle ou en direction des personnes. Ces états s'accompagnent de grimaces du visage et de grognements ou d'un geste stéréotypé, fréquemment répété, au cours duquel il se frotte le larynx.

Il reçoit la visite de ses parents avec une évidente satisfaction, mais il se désintéresse d'eux au cours de la visite ; parfois, il frappe sa mère ; souvent, il fait une colère après son départ.

Il refuse tout contact affectif avec nous ; s'il accepte une promenade, il se montre indifférent, sans intérêt pour les jeux, sans initiative. Il ne tolère pas longtemps la vie en groupe, et rapidement il va à son lit, se déshabille et se couche. Son visage n'est pas toujours triste et coléreux, il est parfois animé de rires immotivés.

Actuellement, en 1959, ENIC est pubère depuis deux ans ; son comportement ne s'est pas amélioré. Son autisme s'est aggravé. Il séjourne au lit, il pleure doucement ou rit ou se fâche et paraît halluciné au cours de ses colères. Il est gâteux et mange malproprement avec ses doigts. Il reste violent avec sa famille. Sa seule activité spontanée est le dessin ; c'est un dessin de remplissage du tableau noir avec des taches de couleur, des carrés, des losanges, des cercles. Poussé à jouer, il accepte quelques instants sans participer réellement au jeu, puis se couche en grognant et s'enfouit dans ses draps, ne tolérant aucun obstacle.

Sur le plan cérébral, l'encéphalographie gazeuse révèle une légère atrophie corticale, et l'électroencéphalogramme un tracé normal.

Cette observation montre la similitude du tableau clinique, rencontré à la prépuberté, avec ceux que l'on rencontre chez l'adolescent et chez l'adulte. Par ailleurs, nous voyons ici la discrétion de l'état prépsychotique qui n'avait pas inquiété la famille.

Ces deux observations posent, à notre avis, un problème de diagnostic différentiel :

- DANIEL, entre l'état prépsychotique, dans sa forme la plus grave, et la schizophrénie ;

- ALAIN, entre la lésion organique et le déficit mental profond, s'accompagnant de troubles cérébraux.

DANIEL

DANIEL est né le 26 Octobre 1945.

Cette observation a pour but de décrire un cas d'enfant vraisemblablement psychotique, qui a évolué spontanément favorablement ; le diagnostic de schizophrénie a été posé et les troubles ont eu un caractère évolutif qui permet aussi de penser qu'il s'agit peut-être d'une schizophrénie dont les conséquences ont été dépassées par l'enfant.

Il semble pourtant que la courbe d'évolution de cet enfant ne présente pas l'inflexion nécessaire au diagnostic de schizophrénie, alors que le tableau clinique permettait de le porter.

DANIEL fut qualifié successivement de mongolien, d'arriéré intellectuel, de schizophrène, pour, actuellement, apparaître comme un sujet au quotient intellectuel normal à caractère fortement schizoïde. Il est placé à l'Assistance Publique à l'âge de 7 jours.

Nous savons de lui qu'il a un frère de trois ans plus âgé que lui. Il pesait 3 kg.900 à la naissance. A quatre mois, il fait une otite. Première dent à 9 mois $\frac{1}{2}$. Il a fait une coqueluche à 14 mois

et fait ses premiers pas à 23 mois. A deux ans, il présente des difficultés alimentaires, pèse 12 kg., ne parle pas. A trois ans, un premier certificat médical au sujet de son état mental signale : "Présente des symptômes de mongolisme. Il y aurait lieu de placer cet enfant dans un service d'anormaux". Un mois après, un placement familial est décidé. A six ans, un certificat médical émanant d'un autre médecin signale : "Enfant normal, troubles caractériels. Psychisme à peine ébauché. N'a pas le comportement de son âge. Ne peut aller en classe, état chronique, congénital, incurabilité 100 %, incapacité définitive". Sept mois après, cet enfant est examiné par un autre médecin qui aperçoit en lui quelques possibilités et signale : "Bizarreries, suggestibilité, ambivalence. A admettre au Centre Médico-Pédagogique infantile".

DANIEL fait un premier séjour dans ce centre du 17 Mars 1952 au 28 Mai 1953.

En résumé des observations de ce Centre, nous pouvons noter :

"DANIEL a un quotient intellectuel qui apparaît à 0,75 sans aucune connaissance scolaire. Il n'est pas intimidé et présente un retard de développement psychique avec infantilisme affectif ; son langage est enfantin, avec élision et contraction des mots ; le vocabulaire semble relativement étendu. Son comportement est instable. DANIEL est grossier, agressif. Il émet des menaces de mort à l'égard de ses camarades au cours de ses colères ; celles-ci sont fréquentes et violentes. Il parle peu avec ses camarades et recherche plutôt la compagnie des adultes. Il est rancunier et éprouve des sentiments de jalousie et une vive hostilité contre ses pères nourriciers. Il révèle des tendances exhibitionnistes et se livre à des "tripotages sexuels". Il est rêveur et a des périodes de mutisme. Il est peut-être un gaucher contrarié. Le Children Athematic Test montre "une agressivité violente et généralisée, à la fois extra- et intrapunitive. Tonalité d'animation et d'agitation

euphorique avec une sorte de joie destructrice et sadique... Satisfaction encore très anale. Plaisir aux satisfactions agressives, même au sang. Agressions contre le père et la mère. Sentiment répété d'abandon, réaction aiguë de culpabilité".

A 8 ans, le 28 Mai 1953, DANIEL sort ; il est l'objet d'un nouveau placement nourricier et retourne au Centre en Novembre 1954. Ce placement est motivé par les troubles du comportement et sa désinsertion du réel. Ce diagnostic porté est résumé dans le certificat suivant :

"Syndrome schizophrénique évoluant depuis plusieurs années. Discordances désintéressantes, comportement étrange, plein de bizarreries, de rires immotivés. Hallucinations auditives probables à caractère pénible. Agressivité permanente, cruauté et sadisme. Tendances érotiques. Narcissisme. Pronostic réservé en raison du caractère évolutif des troubles."

Son comportement est résumé ainsi : Rêverie, regard vague ; doit être rappelé à la réalité. Dit ne penser à rien, ne réalise pas immédiatement ce qu'on lui demande, distraction. Alternance de docilité et de colères violentes, disproportionnées par rapport à leur objet. Alternance du désir d'être traité comme les petits et de casser les carreaux comme les grands, dont il redoute les brutalités. Les derniers temps, réactions très agressives en cas de contrariétés même futiles ; n'ont fait que se développer. Il est devenu extrêmement irritable (menaces de casser, de tuer, et frappe). Grossier, malpropre. S'est pris d'une amitié très vive à manifestation sexuelle (conversations et gestes déplacés, masturbation, exhibitionnisme) pour un camarade plus jeune que lui. Ils sont inséparables.

En Octobre/Novembre 1956 (11 ans), son comportement érotique est tel qu'il est isolé quelques jours et transféré au service hommes de l'Hôpital Psychiatrique, où se trouve un Centre médico-pédagogique.

De cet hôpital, il est muté à la Colonie de VAUCLUSE, en Seine-et-Oise, le 14 Décembre 1956.

Une modification certaine de son comportement semble due au changement de cadre et de milieu. DANIEL a un visage ouvert ; il est grand, blond, robuste, sans signe de dégénérescence ; le premier contact est bon. Il accepte l'entretien et les dessins qui lui sont demandés. Il bavarde beaucoup en dessinant et l'on note des associations d'idées surprenantes qui peuvent faire penser à une fuite des idées. Par ailleurs, il présente quelques barrages, s'arrêtant brusquement de parler ou de dessiner en regardant fixement devant lui. Il parle de façon explosive, son débit est très rapide ; il s'agite, tout son corps est en mouvement. Il passe facilement du rire à une attitude rétractée, opposante. Il présente de la dispersion dans les idées, des troubles de l'humeur et de l'instabilité. Il dessine une maison entièrement à la règle, prenant des mesures pour que l'emplacement des fenêtres soit parfaitement symétrique, faisant un dessin extrêmement rigide, et il déclare : "Elle ne me plaît pas cette maison, on dirait une vieille chaumière toute tordue".

A cette bizarrerie, voire à cette discordance, s'ajoutent des signes d'agressivité camouflée très vive. Il s'excite quand un autre enfant parle de sang ; il s'excite en parlant de la voiture du boucher. Il s'intéresse beaucoup à ce métier, mais il souhaite néanmoins être boulanger. Il s'inquiète à la vue d'une allumette et il vit intensément le souvenir de ses jeux en Auvergne qui consistaient à mettre le feu aux buissons de genévriers.

Il ne paraît ni dissocié, ni halluciné. Il recherche le contact, surtout l'approbation ; il est très craintif sous une apparente désinvolture. Dans le service, il se montre très anxieux : "Je suis chez les fous ! Les enfants sont dingues... Il y a des grilles et des barreaux partout ; je veux partir...".

Le soir de son arrivée, DANIEL pleure doucement. Les jours suivants, il se lie de camaraderie avec un garçon de son âge, caractériel, et envisage des évasions, parle grossièrement aux infirmières, traite les autres enfants de fous. Parmi les autres enfants, il cherche un complice sans se mêler aux autres ; il pousse ce complice à se révolter et se réjouit ensuite de le voir punir.

Il se montre très grossier envers tous et menace de tuer un camarade. Il est parfois violent, mais défend les plus faibles. Quinze jours après son entrée, on s'aperçoit qu'il ne connaît pas le nom des infirmières qu'il dénomme grossièrement. Vis-à-vis des familles en visite, il se montre grossier, raconte des histoires invraisemblables et agressives sur le comportement des enfants visités et sur les traitements dont il est l'objet : "Il est frappé, attaché ; il reçoit des douches froides ..". La tendance à la fabulation se retrouve dans ses vantardises qui touchent à la mythomanie... Il a fait la guerre de 1914, il connaît les pays étrangers, et il exprime même une rêverie véritablement délirante à contenu d'agressions, de bandits, de gendarmes, etc...

Mais, peu à peu, il se calme, cherchant à rendre service, ses périodes de calme étant interrompues par des périodes d'excitation anxieuse au sujet de son avenir ici, de son avenir d'adulte.

Le 7 Janvier 1957, il est passé au quartier médico-pédagogique et fréquente l'école. Un bilan psychologique révèle : Quotient intellectuel 0,78 au Binet-Salmon. Au Porteus, réussite étonnante, supérieure à son âge, avec échec à 8 ans et succès d'emblée à l'adulte supérieur. Au point de vue intellectuel, il apparaît plus en retard que débile ; les composantes caractérielles troublent les performances. Il a un besoin anxieux de cadre, de rectitude, de précision, de méticulosité, qui contraste avec l'impulsivité du comportement. Le bestiaire révèle la peur de se laisser entraîner, de se lais-

ser prendre au piège. Moralement et physiquement, il semble s'organiser en vue d'une attitude dynamique positive ; il cherche à protéger les autres enfants, par exemple. Au sujet de son comportement, on note cette double attitude : impulsivité et recherche de cadres qui s'accompagne toujours d'anxiété.

A son arrivée dans le quartier médico-pédagogique, DANIEL réagit anxieusement contre ce nouveau changement et refuse à l'avance toute direction. Il veut bien un métier, "mais un métier que je choisisse moi-même ; car, si on le choisit pour moi, je vous préviens tout de suite que je ne travaillerai pas....".

Très vite, son comportement se modifie. De caractériel, agressif, anxieux qu'il était dans le petit groupe de l'Admission, il se montre, parmi les 45 autres enfants de son quartier, effacé, rêveur, calme, déférent, sans froideur excessive ni comportement affectueux avec le personnel. Il rend de petits services, mais se montre incapable de tout travail manuel auquel il répugne. Il est d'une distraction étonnante dans l'exécution des tâches ménagères. Il "s'absente" et se replie dans la rêverie à la moindre difficulté. Avec ses camarades, il a un comportement de plus grand (il est parmi les plus intelligents et parmi les plus grands). Il raconte des histoires, fabule beaucoup : histoires de gendarmes et voleurs, histoires d'aviation ; il explique le fonctionnement des voitures et des moteurs. Il ne se donne que le rôle de récitant, sans prétendre à un rôle dans ces histoires.

C'est son comportement scolaire qui apparaît le plus remarquable et le plus intéressant. Au début, inhibé, lent, inattentif, il établit d'abord des rapports très affectueux avec son institutrice qui s'attache elle-même assez vivement à lui, et lentement nous assistons à un éveil de son attention ; il montre beaucoup de soin dans son travail, se révèle intelligent et curieux. Il parvient à

acquérir un minimum scolaire, alors qu'il avait un retard considérable. Il paraît avide de connaître et de réussir. Il ne montre jamais de troubles caractériels, c'est un enfant gai. Il se montre désireux de cadre et de précision.

Quelques détails confirment ses tendances schizoïdes : DANIEL est passionné de géographie et il faut insister pour qu'il s'occupe d'autre chose. Il lit couramment les livres de géographie de la seconde. Il ne recherche aucune satisfaction immédiate dans un dessin rapide, mais se montre très soigneux du détail, tire les traits à la règle, recherche la symétrie ; il n'y a généralement pas de personnages humains, il aime les dessins d'avions, de fusées, etc... Il ne joue pas avec les autres enfants à la récréation. Il aime pourtant être entouré dans les travaux scolaires collectifs. Il est d'ailleurs aimé des enfants plus petits que lui, avec lesquels il se montre affectueux, protecteur, serviable. Il ne manifeste aucune jalousie à l'égard des autres enfants, même s'ils réussissent aussi bien que lui et s'ils sont l'objet d'une marque d'attention de la part de l'institutrice, à laquelle il est pourtant très attaché. Le soir, il lui arrive souvent, après l'école, de chercher un prétexte pour rester auprès d'elle dans la classe ; il n'est jamais ombrageux de n'être pas seul avec elle :

Le 30 Décembre 1957, il a été l'objet d'un nouveau bilan psychologique. Au Binet-Salmon, le quotient intellectuel est passé de 0,78 à 0,90. Au Wechsler-Bellevue, le niveau global est de 110 et il faut noter que les épreuves du type scolaire ont relativement échoué. Les épreuves perceptivo-motrices sont d'un niveau de 12 ans ; les dessins libres sont également de bon niveau, mais restent rigides et sans vie. Il est noté que le sujet semble avoir perdu son bouillonnement continu de l'an dernier. Il travaille avec application et se montre patient, persévérant, et semble beaucoup plus sombre et ramassé sur lui-même ; son adaptation apparaît bien meilleure.

Electroencéphalogramme le 3/10/1955 : Anomalies diffuses à prédominance gauche. Pas d'anomalie locale ni de signes évocateurs de comitialité.

Le 2/2/1956 : Même électroencéphalogramme.

En Janvier 1957 : Le tracé dans son ensemble est plat, très mal synchronisé, très mal organisé du point de vue spatial. Il comporte un rythme alpha pauvre et plat de 10 c/s, labile et discontinu, le plus souvent remplacé par des fréquences plus lentes, très irrégulières, de 5 à 6 c/s. Pas de sensibilité à l'hyperpnée. A la stimulation lumineuse intermittente, le tracé tend à s'organiser, les rythmes occipitaux se laissent entraîner pour des fréquences thêta et alpha.

Nous avons mis cette observation dans le diagnostic différentiel, ne pensant pas qu'il s'agisse réellement d'une schizophrénie. Pourtant, il est impossible, devant cet enfant, de ne pas porter un pronostic réservé. Ici, la personnalité prépsychotique actuelle, qui semble avoir succédé à un état psychotique d'absence de développement du contact affectif, paraît difficilement dissociable, pour un clinicien, des tableaux rencontrés dans la schizophrénie. Cette observation pose, à notre avis, d'une façon aiguë, le problème des rapports entre la personnalité prépsychotique et la schizophrénie, et montre l'importance du critère évolutif dans le diagnostic de celle-ci.

ALAIN

ALAIN D. est né le 16 Novembre 1946.

Son premier développement a été tout à fait normal. Accouchement à terme après une grossesse normale ; il s'est assis à 4 mois, a marché avant un an ; il a prononcé ses premiers mots vers un an et parlait bien à 2 ans.

A l'âge de 7 ans, ALAIN était un enfant intelligent, dans les premiers de sa classe, éveillé, considéré comme normal par son entourage, quoique un peu nerveux, avec des tics de la face : fermeture et ouverture des paupières, contraction stéréotypée des muscles péribucaux du côté gauche et attirant la commissure labiale vers la gauche.

Le 26 Janvier 1954, à 7 ans $\frac{1}{2}$, ALAIN se plaint d'une crampe dans la jambe gauche et tombe, mais le trouble ne se reproduit pas. Cependant, progressivement, ALAIN devient plus nerveux ; il fait des colères violentes et il a des rires inexpliqués qui étonnent son entourage. Six semaines après, il présente des crises convulsives localisées, puis généralisées et, par moments, entre les crises, un état d'agitation extrême.

Tous les examens pratiqués : neurologique, fond d'oeil, sérologique, ponction lombaire et ventriculographie, sont normaux. Seul, l'EEG révèle des ondes lentes diffuses à maximum temporo-frontal gauche. Les recherches de l'hémoglobine anormale, de méthémoglobine et toxiques sont négatives.

Une cure d'ACTH, dans l'hypothèse d'une encéphalite sclérosante, n'a aucun effet. L'enfant est mis au gardénal et les crises disparaissent. Mais ALAIN reste très agité, son état mental s'est progressivement altéré et, le 28 Juin 1954, il est interné à la Colonie de VAUCLUSE, avec le certificat suivant :

"Présente un état de démence intellectuelle progressive (ne parle pas, gâtisme), avec crises

convulsives subintrantes et troubles graves du comportement (casse des objets, frappe son entourage). Ce malade, actuellement dangereux pour lui-même et son entourage, ne peut être maintenu dans un service hospitalier, ni dans le milieu familial. Il doit être interné d'office".

Un autre certificat parle de "démence de Heller", et un troisième certificat d'"encéphalite de cause obscure".

Dans le service de la Colonie, ALAIN ne parle pas ; il est agité, son agitation est stéréotypée ; il descend et remonte dans son lit ou sur une table 10 ou 15 fois de suite ; à d'autres moments, il garde une attitude repliée et immobile. Parfois, il pousse des cris, des hurlements, ou chantonne ; jamais il ne prononce un mot. Son visage est anxieux ou animé de rires immotivés ; il ne sourit jamais, et ses yeux qui paraissent vifs et observateurs expriment parfois l'effroi ou la colère. Il n'a aucun contact avec les autres enfants ou les adultes. Il est solitaire ; le moindre geste pour l'aborder provoque une mimique effrayée, et il se protège le visage avec les mains. Il est gâteux, mange salement avec les doigts ou avec une cuillère qu'il tient mal, quoique rarement et paradoxalement il l'utilise avec soin, comme s'il lui restait un peu de son éducation.

Le 7 Octobre 1954, ALAIN parle. Il appelle une infirmière et un autre enfant par leur nom. Progressivement, son langage se développe et, à travers ses propos, on constate qu'il a tout observé et enregistré ; l'amélioration est entrecoupée de phases de mutisme dans la journée et de journées de mutisme. Par ailleurs, il reste sale, gâteux ; son comportement est bizarre : maniérisme, théâtralisme, mimique discordante ; il a des accès d'excitation, de colère, déchire les livres qui lui sont prêtés, frappe sans motivation et impulsivement d'autres enfants. Il ne sourit jamais ; de temps en temps, il éclate d'un rire immotivé. Cependant,

le contact est meilleur avec les adultes ; il se montre docile, n'est plus craintif, il est gentil avec les infirmières.

L'amélioration va se faire désormais d'une façon continue et rapide, par une progression du langage, du contact affectif, et la disparition en dernier lieu du gâtisme.

Le 15 Octobre, un EEG révèle un tracé globalement perturbé.

Le 31 Octobre, ALAIN est presque normal. Sa famille le trouve "comme avant sa maladie". Nous savons depuis qu'ALAIN s'est complètement remis de ces dix mois de maladie. Le 1er Août 1955, il était 9^{me} sur 35 élèves. En 1958, il n'avait plus aucun retard scolaire et se plaçait dans les 5 premiers de sa classe ; il restait nerveux, un peu désordre, nous dit son père ; ses professeurs le jugeaient normal.

En conclusion, cet état, qui mérite peut-être, en nosologie psychiatrique, le nom de "Pseudo-schizophrénie", pose, entre autres problèmes, celui des rapports entre déficit et détérioration lésionnelle chez l'enfant et montre la profondeur que le déficit peut atteindre au cours de certains états psychopathiques.

CONCLUSIONS

L'application à l'enfant du concept de schizophrénie, élaboré à partir de l'adulte par l'Ecole française à la suite de BLEULER, a permis d'isoler un groupe d'enfants assez homogène, qui pose des problèmes nosologiques et pathogéniques en partie semblables à ceux qui se posent chez l'adulte ; mais ces problèmes ont un caractère beaucoup plus aigu chez l'enfant.

Le lien qui unit la schizophrénie et la personnalité prémorbide comme la maladie à sa disposition est très étroit. La schizophrénie se présente comme la dissolution de la structure prépsychotique. Ce problème rejoint celui posé par les théories constitutionnelles chez l'adulte. Rappelons que, chez l'enfant, le diagnostic d'état prépsychotique antérieur à la maladie est parfois seulement le fait d'une étude soigneuse de l'anamnèse, ce qui oblige à repenser, chez l'adulte, le problème de la constance de la personnalité prémorbide.

"La dissolution avec phénomènes spécifiques de régression" ne suffit pas au diagnostic, auquel s'ajoute l'exigence de la réorganisation schizophrénique, étroitement liée à la détérioration provoquée par le processus schizophrénique. La réorganisation au niveau idéo-affectif initial est le fait des "pseudoschizophrénies", qui paraissent apparentées aux "psychoses aiguës" rencontrées chez l'adulte et rejetées hors du cadre de la schizophrénie par H. EY. Une restriction doit être faite au sujet du pronostic déficitaire de la schizophrénie : Pour

certaines pratiques (LAROCHÉ), le dynamisme évolutif propre à l'enfant lui permettrait, dans certains cas, de dépasser les conséquences de la détérioration.

Le tableau déficitaire profond de la plupart des cas de schizophrénie infantile semble confirmer la loi de l'âge de de CLERAMBAULT, plutôt que de démontrer la détérioration lésionnelle. L'observation (d'ALAIN) que nous avons présentée n'appartient sans doute pas à la schizophrénie, car la réorganisation semble s'être effectuée au niveau idéo-affectif antérieur à l'accident, mais elle démontre la profondeur que peut atteindre le déficit en dehors de toute détérioration lésionnelle. La différence clinique qui existe entre les états "démementiels", les organisations psychotiques et les détériorations minimales rencontrées chez certains schizophrènes, amène un certain nombre de praticiens à reprendre, au sujet de l'enfant, la conception de CLAUDE au sujet de l'adulte, qui séparait les "schizoses" des "démences".

Enfin, la découverte de troubles cérébraux peut permettre de nier la schizophrénie, ce qui ramène la maladie schizophrénique à une maladie "psychogénétique" ou à une encéphalopathie spécifique. Par contre, ces troubles cérébraux peuvent être considérés comme participant à la causalité de la schizophrénie et peut-être de quelques états prépsychotiques. Cette attitude rejoint l'intuition d'un certain nombre de cliniciens et ne va pas à l'encontre de celle de BLEULER. Ce sera un des mérites de la neuro-psychiatrie infantile d'avoir posé le problème des troubles cérébraux d'une façon aussi aiguë.

Finalement, le concept de schizophrénie infantile, issu de la clinique de l'adulte, a permis de faire progresser considérablement la nosologie de l'enfant, dans la mesure où on le considère en continuité avec l'oeuvre de KRAEPELIN.

Il paraît donc très souhaitable de comparer les conclusions de l'étude de la schizophrénie infantile avec les problèmes qui se posent chez l'adulte ; sur le plan clinique, la période de dissolution de l'enfant est assez brève et paraît plus facile à observer que chez l'adulte où elle est encore mal connue ; sur le plan théorique enfin, il n'est peut-être pas exagéré de penser que l'avenir de la notion de schizophrénie est lié à l'avenir de cette notion chez l'enfant.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,
J. SARRAILH

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,
L. BINET

Le Président
de la thèse,
L. MICHAUX

B I B L I O G R A P H I E

AJURIAGUERRA (J. de) - Les apports de la pathologie nerveuse à la psychologie.- Ann. Méd. Psych., 1953, I.

- Vue d'ensemble sur les troubles d'évolution de la motricité, du langage, du caractère à dysfonctionnement conjoint.- Sauveg. En., 1949, Juin.

- Psychanalyse et neurobiologie.- La Psychanalyse d'Aujourd'hui, Vol. I, P.U.F.-

AUBIN, MESTAS (G.) et CLAVEIROLLE (G.) - Rapport sur les schizophrénies infantiles.- Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile, 1956, II, 12, 379, 389.

BABCOK (H.) - Dementia Precox.- A. Psychological Study, New-York, 1933.

BARWIN (M.D.) - Schizophrénie infantile. New-York. The Journal of Pediatrics, 37, 3, 416-426.

BEAUJARD - La Schizophrénie infantile.- Ann. Med. Psych., Mai 1958.

BELEY, ROBIN (P.), LEYRIE (J.) - Anorexie mentale élective au cours d'une démence de Heller.- Revue de Neuropsych. infant., 1957, 5, 6, 292-295.

BELEY (A.), ROBIN et LEYRIE (J.) - Le problème des

schizophrénies infantiles : Démence non épileptique chez un enfant comitial.

BELEY (A.) et BLONDEL (F.) - Un nouveau cas de pseudo-schizophrénie chez un enfant.- Annales Médico-Psychologiques, 1957, 2, 5, 950-959.

BENDER (L.) - Childhood Schizophrenia. Etude de 100 cas.- American Journ. of Orthopsychiatry, 1947, 17, 40-56.

BERGMAN (M.), WALLER (H.), MARCHAND (J.) - Schizophrenic reaction during childhood in mental defectives.- Psychiatrie Quaterly, 1951, 25, 294-355.

BRADLEY (Ch.) - Early Schizophrenia.

BRADLEY - Schizophrenia in Childhood. New-York, 1941.

BRADLEY (Ch.) et BOIVEN - Behavior characteristics of schizophrenic children.- Psychiatric Quarterly, 1941, 15, 296-315.

BRILL (A.A.) - Psychotic children treatment and prophylaxy.- Amer. Journal Psych., 1925, 5, 357.

BRISSOT - Les difficultés du pronostic en psychiatrie infantile. Rôle et importance des facteurs sociaux et de la rééducation scolaire.

La fausse démence précoce. Le syndrome de passivité.- Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 1957, 5, 6, 263-270.

CLARDY (E.P.) et GOLDENSOHN (I.) - N. Schizophrenic like reaction in children Psych.- Quarterly, 1944, 15, 100, et 1945, 19.

CLAUDE (H.), HEUYER (G.) et LACAN (J.) - Un cas de démence précocissime.- Annales Médico-Psychologiques, 1933, I, 620.

- COMBY (J.) - Encéphalites chez l'enfant.- Thèse de Paris, 1935.
- CONSTANTINIDES (C.) - Un cas de schizophrénie infantile.- Revue de Neuropsychiatrie infantile, 1955, 3, 4, 171-176.
- CORBOZ (J.R.) - Conceptions actuelles de la schizophrénie infantile.- A. Chianca Portuguesa, 1955, 14, 71.
- CRAECK (Mildred) - Psychoses infantiles.- Psychiatrie sociale de l'enfant, 1950.
- DESPERT (Louise) - Schizophrenia in infants and children.- Psych. Quart. 1938, 12, 366-371.
- DESPERT (S. Louise) - The early recognition of childhood schizophrenia.- Medical Clinics of Norter America, New-York, 1947, 680-87.
- DESPERT (S. Louise) - A comparative study of thinking in schizophrenic children and children of preschool age.- Amer. Journ. Psych. 1940, 97, 189, 2-13.
- DIATKINE et STERN - Les psychoses infantiles.- Evol. Psych., 1958.
- DURANTON (P.) - La Schizophrénie infantile.- Thèse Paris, 1956.
- EY (H.) - Etudes psychiatriques, Tome II.
- Psychoses chroniques. E.M.C., 2, 1955, 37.286 A.10.
- Des principes de Hughlings Jackson à la Psycho-pathologie d'Eugen Bleuler, 1946.
- Les problèmes cliniques des schizophrénies.- Evol. Psych., Juin 1958, fasc. II.
- FALSTEIN (E.J.) - Psychoses in children.- Med. Journ. Illinois, 1939, 76, 271-281.

- FILDM, MISES (R.), LANDRY (M.) - La pneumo-encéphalographie dans les schizophrénies infantiles et juvéniles.- Revue de Neuro-Psych. Infant., 1956, 11, 12, 442-449.
- FONTES (V.) et SCHNEENBERGER (J.) - Contribution portugaise à l'étude de la schizophrénie infantile. III^{me} Symposium de l'U.E.P., Zurich, 1957.
- GLOVER (E.) - An examination of the Klein system of child psychology in the psychoanalytic study of the child. Vol. I, 1945 - International University Press .
- GOLDSTEIN (K.) - Structure de l'organisme. Gallimard, 1951.
- HALBERSTADT - Démence précoce chez l'enfant.- Rev. Neur. 1921, 2, 209-219.
- HECAEN et AJURIAGUERRA (J.) - Méconnaissance et hallucination corporelles. Paris, 1952.
- HELLER (T.) - Uber Dementia Infantilis.- Zeitsch. f. Kinderforsch, 1930, 37.
- HEUYER et BOREL (A.) - Le délire de rêverie.- Soc. de Psychiatrie, 1922.
- HEUYER (G.) et LAMARCHE - Délire de rêverie et automatisme mental.- Journ. de Psychologie, 19, 2, 1925.
- HEUYER (G.) et BADONNEL (M.), BOUISSON - Les voies de l'entrée dans la démence précoce.- Annales Médico-Psychologiques, 193, 2, I, 153.
- HEUYER (G.), DUBLINEAU (J.) et DE CHABERT (J.) - Les démences infantiles.- Archives de Neur., Nov. 1934, p. 459, et Déc. 1935, p. 521.
- HEUYER (G.), LEROY (R.), LEOVICI et DIATKINE (R.)-

Le désir de perfection au début de la démence précoce.- Annales Médico-Psychologiques, 1946, 2, 1958.

HEUYER, LEROVICI et WASSEP (W.) - La schizophrénie infantile ; formes cliniques ; trois observations.- Annales Médico-Psychologiques, 1951, 109, 611-616.

HEUYER (G.), LECASBLE (R.), LELORD (G.), FARDEAU (M.) - Etude de corrélation électro-clinique au cours de schizophrénies de l'enfance et de l'adolescence.- Revue de Neuro-Psychiatrie infantile, 1957, 7, 8, 383-391.

HEUYER (G.), LELORD (G.), Mme TESTARD et Mme SHENTOUB - Délire de rêverie morbide chez l'enfant.- Revue de Neuro-Psychiatrie infantile, 1957, 9, 10, 511-522.

HEUYER (G.) et collaborateurs - Communication au IIIème Congrès International de Psychiatrie, Zurich, 1957.

KAMER (L.) - Problèmes concernant la nosologie et le psycho-dynamisme dans l'autisme infantile précoce.- An. Jnl. Orthopsychiatry, 1949, 19, 3, 416-423.

KLEIN (M.) - Emotional life and Ego-development in the infant, 1944.

KLEIN (M.) - In contribution to psychoanalysis.- Londres, 1947.

LANG (J.L.), STEIN, MULLER - Présentation d'un cas RUEFF-de schizophrénie suivi depuis plusieurs années.- Revue de Neuropsychiatrie infantile, 1957, 5, 6, 275-278.

LANG (J.L.) - Premiers résultats d'une enquête portant sur 20 cas suspects de schizophrénie infantile.- Revue de Neuro-Psychiatrie infan-

tile, 1956, II, 12, 459-471.

LAROCHE (J.) - Contribution à l'étude des psychoses schizophréniques de l'enfant.- Paris, 1958.

LAUNAY (Cl.) - Un cas de schizophrénie infantile.-
Revue de Neuro-Psychiatrie infantile, 1956,
11, 12, 454-458.

LEBOVICI (S.) - Contribution à l'étude nosologique
et psychopathologique de la schizophrénie
infantile.- Evol. Psych. 1949, 3, 329-343.

- Les démences infantiles.- Psych.
sociale de l'Enfance, 1950, p. 15.

LEBOVICI (S.), PAUMELLE, LALOU (P.) et Mme KALMAN-
SON - Deux cas de schizophrénie infantile.-
Annales Médico-psychologiques 1954, 1, 2, 191-
194.

LEBOVICI (S.), DANON, BOILEAU (H.), BENHAMOU (F.)
et BARBIER - Débilité mentale évolutive.-
Annales Médico-psychologiques, 1954, I, 2,
197-199.

LEBOVICI (S.) - Approche psycho-dynamique psycho-
thérapique dans la schizophrénie infantile.-
Revue de Neuro-Psychiatrie infantile, 1956,
11, 12, 402-409.

LUTZ - Uber die schizophrenie in Kindesalter
Schweiz.- Arch. fur Neur. in Psych., 1937,
39, 355-372 et 40, 141-163.

MAHLER - In psychanalytic study of the child.
7, 1952, New-York, Intern. University Press.

MERLEAU, PONTY - Phénoménologie de la perception.-
Gallimard, 1945.

MICHAUX (L.), DUCHE (D.) et STEIN (C.) - Difficulté
d'une discrimination d'une démence précocissime
et d'une arriération mentale évolutive.-

Revue de Neuro-Psych. Infant. 1946, 11, 12,
397-401.

MICHAUX (L.), FLAVIGNY (H.), DUCHE (D.) et RACLOT
(F.) - Un diagnostic délicat de la schizophré-
nie infantile. Les démences organiques.-
Revue de Neuro-Psychiatrie infantile, 1956,
11, 12, 433-435.

MICHAUX (L.) - Traitement de la schizophrénie infan-
tile.- Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile,
1957, 5, 6, 284-291.

MINKOWSKI - La schizophrénie.- Payot, 1951 -
Desclée de Brower, 1953.

MOREAU DE TOURS - La folie chez l'enfant.- Paris,
1888.

MORGENSTERN (S.) - La pensée magique chez l'enfant.-
Revue Française de Psychanalyse, 1934, VII,I,
98-115.

RACAMIER (P.C.) - Etude des frustrations précoces.-
Revue Française de Psychanalyse, 1953, 3, 328-
350 et 1954, 4, 576-632.

RAUK et KAPLAN (S.) - Cas de pseudo-schizophrénie
infantile.- Amer. Journ. Psychiatry, 1951,
21, 155-181.

RICHARDS (B.W.) - Schizophrénie de l'enfance et débi-
lité mentale.- Journ. Ment. Sc., 1951, 97,
290-312.

SANCTIS (de) et BOLLEA (G.) - Diagnostic différen-
tiel entre la schizophrénie infantile et la
démence précocissime.- IIIe Symposium de
l'U.E.P., Zurich, 1957.

SANCTIS (de S.) - Alcune typidi mentalita inferiore.-
Vme Congrès International de Psychologie, Rome,
1905, 576-587.

SANCTIS (de S.) - Sopra alcuna Varieta della demanzia precoce.- Riv. spei. di Freniatria Med. Leg. 1906, 32, 141-165.

SANCTIS (de) - Dementia precocissima catatonica.- Folio Nuerobiolog., Oc. 1908.

SCHULDER (P.) - Reaction types rescmbling functional psychoses in childhood on the basis of an organic inferiority of the brainment.- Hyg. 1935, 19, 439.

SCHMITZ (H.A.) - Diagnostic différentiel des schizophrénies infantiles vis-à-vis des états organiques.- IIIème Symposium de l'U.E.P.-

SCHURMANS (I.) - La schizophrénie infantile.- Acta Neur. et Psych. Belg., 1952, 435-460.

SIMSON (T.P.) - Les signes initiaux de la schizophrénie dans le bas âge.- Arch. de Neurologie, 1936.

SOUCACHET (P.) et MESTAS (G.) - L'électroencéphalogramme dans les schizophrénies infantiles.- Revue de Neuro-Psychiatrie infantile, 1956, 12, 12, 450-453.

SPITZ (R.A.) - Genèse des premières relations objectives. Observations directes sur le nourrisson pendant sa première année.- Revue Française de Psychanalyse, 1954, 4, 479-575.

STEIN (C.) - Les débuts de la schizophrénie.- Evolution Psychiatrique, 1954, 4, 721-750.

TARGOWLA (R.) et LAMACHE (A.) - La débilité mentale évolutive.- Pratique Méd. Française, Octobre 1933.

TAUSK - Uber den Bleinflussungs apparat in der Schizophrenie.- Intern. Zeitsch. fur Psychoanal., 1919.

TRAMER (M.) - Die Entwicklerlungolinie. Linez psychotischen Kindes Schweiz Arch. für Neur. und Psych., 1931, 27, 383-392.

TRAMER (M.), TAGEBUCH - Über ein geisteskrankes Kind.- Zeitschrift für Kindes psychiatrie, 1934, Août, Octobre, Décembre, et 1935, Février, Avril, Août, Octobre.

VOIGT - Uber Dementia Praecox in Kindesalter.- Zeitschrift für der ges. Neur. und Psych., 1919, 48, 167-234.

WAAL NICK - Un cas de schizophrénie de la première enfance.- Suppl. Acta Neurologica, Oslo, 1947-48.

WALLON (H.) - Les origines de la pensée chez l'enfant.- Paris, P.U.F., 1947.

WEIGANDT (W.) - Idiotie und Dementia Praecox.- Zeitschrift für Jurgendl Schwachsim, 1907, I, 4.

WEIGANDT (W.) - Dementia praecossima und Dementia infantilis.- Med. Welt, 1933, 7.

ZAPPERT (J.) - Dementia infantilis (Heller).- Wiener Med. Wochenschrift, 1921, 2-30, 1928.

ZAPPERT (J.) - Démence de Haller.- Journ. Psych., 1938, VI, 161.
